

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE COMPARATIVE DU PROCESSUS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE SELON
LE CONTEXTE DE RENCONTRE PAR VIDÉOCONFÉRENCE ET EN FACE-À-
FACE ET SELON L'AMÉLIORATION SYMPTOMATIQUE DES CLIENTS

ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
GENEVIEVE COLLINS

NOVEMBRE 2016

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.03-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Merci à mon directeur, Marc-Simon Drouin. Grâce à lui a pu se concrétiser mon projet vocationnel, mon accès aux études doctorales et à ma profession de psychologue. Il a été un professeur et un clinicien inspirant et d'une grande influence. Son meilleur conseil et mon plus grand défi auront été la constance.

Je remercie également les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer cet essai.

Merci à André Marchand, Vanessa Germain et à l'équipe du Centre d'étude du Trauma de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal pour leur accueil, l'aménagement d'un espace de travail, les ressources et leur soutien au début de ce projet de recherche.

*

Merci à mon chéri et mes deux amours avec qui je partage l'essentiel. Merci à mon chéri pour sa patience, son soutien, sa curiosité et son intelligence, d'être mon partenaire dans nos projets fous et d'être le père bienveillant de mes deux amours. L'amour que je ressens pour eux et que je reçois d'eux représente la force la plus puissante de ma vie. La multiplication de mes rôles, mon désir d'être présente et disponible à ma famille ainsi que mon besoin d'un sentiment du travail accompli m'ont donné envie de compléter ce travail de recherche.

Merci à ma mère et mon père, vous qui avez toujours cru en moi et valorisé les études et la persévérance. J'ai pu me rattacher à votre regard bienveillant, à votre disponibilité, votre grande générosité et votre soutien de manière concrète.

Merci à mes amies et amis. Spécialement à Pascale Audrey qui m'aura guidée jusqu'à la complétion de mon essai et qui aura été ma source de soutien et de motivation la plus marquante. Sans elle, je n'aurais jamais complété ce projet. Je lui voue une vive gratitude et porte une chance inouïe de la compter comme amie. Merci à mes amies et amis, Marilyne, Délane, Yves, Simon, Marie-Pier, Caroline, Anne-Marie, Nancy, Lisa, Sarah et les autres pour vos encouragements, votre soutien et de faire, simplement, partie de ma vie.

*

Merci à Danielle, Francine, François et Lise, ces gardiens de ma liberté, de ma créativité et de mon développement personnel et professionnel. Les études doctorales, ma formation clinique, le début de ma carrière de psychologue clinicienne et le processus d'écriture auront été transformateurs dans ma vie, tout comme votre contribution l'a été pour m'éclairer durant ce parcours.

Merci à Jean Bégin pour sa patience, sa grande gentillesse, son humour et son ouverture. Il m'a fait voir les statistiques autrement et rassuré sur la valeur de la recherche en psychologie en dehors de celles-ci.

Merci à J-M. et M. Thurin qui, sans le savoir, m'ont redonné un nouveau souffle d'espoir, indispensable, pour compléter ce projet de recherche. Ils m'ont permis d'avoir accès à l'instrument PPQS traduit en français et m'ont offert une collaboration et du soutien lors de la période de formation et de cotation avec cet instrument. L'accès à cet instrument de mesure a été rendu possible grâce à leur collaboration au Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques (RRFPP) de Paris.

Merci aux assistantes et assistants de recherche qui ont participé à la transcription des précieuses séances de psychothérapie en verbatim. Ce fût un long et laborieux travail, mais d'une si grande valeur à mes yeux.

*

Merci à mes clientes et clients qui me rappellent le privilège d'exercer la profession de psychologue. C'est dans ma pratique de la psychothérapie que j'ai pu mettre à l'épreuve mes conceptions et ma compréhension du changement, l'influence du psychothérapeute et du pouvoir de la relation psychothérapeutique.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
RÉSUMÉ	xiv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	6
1.1 Historique de l'évaluation de la psychothérapie.....	6
1.1.1 Survol des trois premières générations de recherche.....	7
1.1.2 Quatrième génération : l'intégration des perspectives de recherche	11
1.2 Les différentes variables du processus psychothérapeutique qui contribuent au changement	13
1.2.1 La théorie des facteurs communs.....	14
1.2.2 La variable de la relation psychothérapeutique	18
1.2.2.1 L'alliance thérapeutique	19
1.2.3 La variable du psychothérapeute	22
1.2.3.1 L'approche psychothérapeutique du psychothérapeute.....	26
1.2.4 La variable du client	29
1.3 Nouveau contexte de pratique clinique : la télépsychothérapie en vidéoconférence interactive	35

1.3.1	Du contexte traditionnel de rencontre à l'émergence d'un nouveau contexte de psychothérapie : la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive	36
1.3.2	Les études centrées sur les résultats de la télépsychothérapie en vidéoconférence interactive	38
1.3.3	Les études centrées sur l'évaluation du processus psychothérapeutique lors de la télépsychothérapie.....	41
1.4	Limites des connaissances actuelles	45
1.5	Objectifs.....	46

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE.....	48
2.1 Type de recherche.....	48
2.2 Spécification de l'échantillon de recherche principal.....	48
2.2.1 Le protocole de traitement.....	50
2.3 Procédures de sélection pour l'échantillon de recherche de la présente étude .	52
2.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion pour les transcriptions en verbatim	52
2.3.2 Le choix des cinq rencontres à l'étude.....	53
2.3.3 Protocole de transcription en verbatim	55
2.4 Instruments de mesure	55
2.4.1 Instruments pour l'évaluation symptomatologique	55
2.4.1.1 <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> : SCID-IV	56
2.4.1.2 Échelle modifiée des symptômes de l'ÉSPT : EMST (Trad. Stephenson, Brillon, Marchand et Di Blasio, 1995).....	56
2.4.1.3 Inventaire de dépression de Beck : BDI-II (Trad. IDB)	57
2.4.1.4 Inventaire d'anxiété de Beck : BAI (Trad. IAB)	58
2.4.2 Instruments pour l'évaluation du processus psychothérapeutique	58
2.4.2.1 <i>Working Alliance Inventory</i> : WAI.....	59

2.4.2.2	Questionnaire d'évaluation de la séance : QES	59
2.4.2.3	<i>Psychotherapy Process Q-set</i> : PPQS.....	60
2.5	Analyse des données.....	64

CHAPITRE III

RÉSULTATS	67
3.1 Statistiques descriptives des clients	67
3.1.1 Selon les conditions de rencontre	67
3.1.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique	68
3.2 Descriptions et comparaisons des caractéristiques de la relation psychothérapeutique	71
3.2.1 Résultats aux mesures de l'alliance thérapeutique avec le WAI	71
3.2.1.1 Selon les conditions de rencontre	71
3.2.1.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique	71
3.2.2 Résultats aux mesures de l'évaluation de la séance de psychothérapie avec le QES.....	74
3.2.2.1 Selon les conditions de rencontre	74
3.2.2.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique	75
3.2.3 Résultats aux mesures du PPQS pour l'évaluation des interactions dans la dyade.....	80
3.2.3.1 Selon les conditions de rencontre	80
3.2.3.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique	80
3.3 Descriptions et comparaisons des caractéristiques des psychothérapeutes	81
3.3.1 Résultats aux mesures du PPQS	81
3.3.1.1 Selon les conditions de rencontre	82
3.3.1.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique	82
3.3.2 Résultats aux mesures du PPQS pour l'approche psychothérapeutique de traitement	83
3.3.2.1 Selon les conditions de rencontre	84

3.3.2.2	Selon les groupes d'amélioration symptomatique.....	84
3.4	Descriptions et comparaisons des caractéristiques des clients	84
3.4.1	Résultats aux mesures du PPQS	84
3.4.1.1	Selon les conditions de rencontre	85
3.4.1.2	Selon les groupes d'amélioration symptomatique	85

CHAPITRE IV

DISCUSSION	92
4.1 Résumé du projet de recherche et rappel des objectifs.....	92
4.1.1 Retour aux résultats	92
4.1.2 Les caractéristiques de la relation psychothérapeutique	94
4.1.2.1 Les caractéristiques communes	94
4.1.2.2 Les éléments distinctifs selon les deux conditions de rencontre	96
4.1.2.3 Les éléments distinctifs selon les groupes d'amélioration symptomatique.....	96
4.1.3 Les caractéristiques des psychothérapeutes.....	97
4.1.3.1 Les caractéristiques communes des psychothérapeutes	97
4.1.3.2 Les éléments distinctifs selon les deux conditions de rencontre	100
4.1.3.3 Les éléments distinctifs selon les groupes d'amélioration symptomatique.....	101
4.1.3.4 L'approche psychothérapeutique des psychothérapeutes	102
4.1.4 Les caractéristiques des clients	103
4.1.4.1 Les caractéristiques communes des clients.....	103
4.1.4.2 Les éléments distinctifs selon les deux conditions de rencontre	105
4.1.4.3 Les éléments distinctifs selon les groupes d'amélioration symptomatique.....	106

4.1.5	Résumé des résultats de recherche.....	108
4.2	Implications cliniques.....	111
4.3	Limites de l'étude	112
4.4	Recommandations et pistes de recherche futures	115
CONCLUSION		120
ANNEXE A		
	Grille de cotation de l'intégrité thérapeutique	123
ANNEXE B		
	Le protocole de transcription du verbatim des séances.....	125
ANNEXE C		
	Échelle modifiée des symptômes de l'ÉSPT : EMST.....	129
ANNEXE D		
	Inventaire de dépression de Beck : BDI-II (trad.).....	132
ANNEXE E		
	Inventaire d'anxiété de Beck : BAI (trad.).....	135
ANNEXE F		
	Inventaire de l'alliance thérapeutique : WAI (trad.)	137
ANNEXE G		
	Questionnaire d'évaluation de la séance : QES (trad.)	142

ANNEXE H

<i>Psychotherapy Process Q-set : PPQS (trad.)</i>	145
---	-----

ANNEXE I

Le prototype de 20 items caractéristiques de la psychothérapie TCC de Ablon et Jones (1998, 2002)	155
---	-----

ANNEXE J

Liste séquentielle en trois catégories de facteurs communs de Lambert (2013b)....	157
---	-----

BIBLIOGRAPHIE	159
---------------------	-----

WEBOGRAPHIE.....	179
------------------	-----

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1	Les facteurs thérapeutiques impliqués dans le changement (Lambert, 1986, 1992)	17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Les 14 qualités et actions des psychothérapeutes efficaces (Wampold, 2011)	24
1.2 Les caractéristiques des clients	33
2.1 Les numéros des séances de psychothérapie pour chaque temps de mesure	54
2.2 Dimensions du processus psychothérapeutique à l'étude selon le modèle de Hill et Lambert, 2004.....	63
3.1 Statistiques descriptives des clients en fonction des conditions de rencontre.....	68
3.2 Scores totaux aux évaluations de changement symptomatique	70
3.3 Les moyennes de l'alliance thérapeutique (scores totaux et sous-échelles) aux 5 temps de mesure (cote de 1 à 7)	73
3.4 Les moyennes des clients et leur psychothérapeute à l'évaluation de la séance en vidéoconférence (scores aux sous-échelles du QES) aux 5 temps de mesure (cote de 1 à 7)	77
3.5 Les moyennes des clients et leur psychothérapeute à l'évaluation de la séance en face-à-face (scores aux cinq sous-échelles du QES) aux 5 temps de mesure (cote de 1 à 7)	78
3.6 Les moyennes cumulatives des cinq sous-échelles pour les clients et leur psychothérapeute à l'évaluation de la séance aux 5 temps de mesure (cote de 1 à 7)	79
3.7 Description des 20 items les plus caractéristiques dans les deux catégories extrêmes (+4 et -4) du PPQS selon le cumul des moyennes pour la condition de rencontre en vidéoconférence	87
3.8 Description des 20 items les plus caractéristiques dans les deux catégories extrêmes (+4 et -4) du PPQS selon le cumul des moyennes pour la condition de rencontre en face-à-face	88

3.9	Description des 20 items les plus caractéristiques dans les deux catégories extrêmes (+4 et -4) du PPQS selon le cumul des moyennes pour le groupe de clients présentant une amélioration symptomatique	89
3.10	Description des 20 items les plus caractéristiques dans les deux catégories extrêmes (+4 et -4) du PPQS selon le cumul des moyennes pour le groupe de clients ne présentant pas d'amélioration symptomatique	90
3.11	Pourcentage de correspondance au prototype de la psychothérapie cognitive-comportementale de 20 items (Ablon et Jones, 1998) selon la moyenne aux 5 temps de mesure	91

RÉSUMÉ

Le portrait des différents contextes de pratique clinique en psychologie s'est transformé récemment avec l'apparition d'une nouvelle modalité de rencontre: la télépsychothérapie en vidéoconférence interactive. Lorsqu'il est question de modifier le contexte traditionnel de rencontre pour mener une psychothérapie, il est pertinent de se questionner sur l'incidence que cette modification peut avoir sur le processus psychothérapeutique et plus spécifiquement sur les variables associées au changement. Quoique la faisabilité et l'acceptabilité générale de la télépsychothérapie soient raisonnablement bien établies selon la documentation scientifique, les données sur les variables associées au processus et au changement psychothérapeutique demeurent limitées. Les études sur la télépsychothérapie par vidéoconférence ont porté pour la plupart sur l'efficacité psychothérapeutique en validant une approche de traitement psychologique spécifique. Peu de variables relationnelles ont été étudiées, une variable pourtant au centre de la définition de la psychothérapie.

Cette étude exploratoire a pour objectifs de décrire et de comparer les caractéristiques de la relation psychothérapeutique, celles du psychothérapeute et celles du client en fonction : (1) des conditions de rencontre, soit la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive *versus* la psychothérapie en face-à-face et (2) de l'amélioration symptomatique des clients, soit ceux qui s'améliorent *versus* ceux qui ne s'améliorent pas. Ces objectifs nous ont permis d'une part d'évaluer si l'utilisation de la vidéoconférence a une incidence sur les variables du processus psychothérapeutique et d'autre part d'identifier les différences et les similitudes du processus psychothérapeutique selon deux conditions de rencontre ainsi que selon les groupes de clients présentant ou non une amélioration symptomatique. Pour répondre à ces objectifs, nous avons eu accès à un échantillon de huit dyades psychothérapeute-client ayant mené une psychothérapie dans le cadre d'un traitement de l'état de stress post-traumatique d'une durée variant entre 17 et 24 rencontres. Cet échantillon est composé de quatre dyades en vidéoconférence et quatre dyades en face-à-face. L'étude a été conduite à partir de questionnaires faisant l'évaluation symptomatique des clients, comme indice de changement, ainsi que d'instruments de mesure évaluant les dimensions du processus psychothérapeutique. Pour l'évaluation du processus psychothérapeutique, nous avons procédé avec des transcriptions en verbatim de cinq séances de psychothérapie correspondant à cinq temps de mesures différents de la démarche de psychothérapie. Un total de 40 séances de psychothérapies a fait l'objet d'analyse visuelle descriptive.

Nos résultats de recherche nous ont montré qu'il existe davantage de similitudes que de différences entre les dyades de chaque condition de rencontre et de chaque groupe de clients sur le plan de l'amélioration symptomatique. L'alliance thérapeutique et l'évaluation des séances sont généralement bonnes et similaires entre les groupes

comparés. Pour les différences relevées entre les conditions et les groupes de clients, elles nous semblent davantage appartenir à la dynamique singulière psychothérapeute-client. Ces différences touchent par exemple certaines attitudes et comportements des psychothérapeutes et des clients ainsi que l'approche psychothérapeutique du psychothérapeute. Nous avons également identifié certains facteurs communs dans les caractéristiques et conduites des psychothérapeutes et des clients ayant pu favoriser la réponse au traitement et au processus de changement. Les facteurs communs qui sont ressortis touchent notamment la structure et l'organisation, la participation active, le recadrage des perceptions de soi et la prise de risques.

D'autres études dans un contexte de pratique réelle, naturelle, sont nécessaires afin de développer nos connaissances sur les conditions psychothérapeutiques optimales selon toute une variété d'approches psychothérapeutiques afin de répondre à toute la diversité et la complexité des différentes problématiques des clients rencontrés dans la pratique clinique.

Mots-clés : Processus psychothérapeutique, vidéoconférence, télépsychothérapie, relation thérapeutique, psychothérapeute, client, efficacité thérapeutique.

INTRODUCTION

C'est suite aux réformes de Philippe Pinel dans les soins de santé à la fin du XIX^e siècle que nous pouvons situer l'émergence des grands principes de base de la psychothérapie en Occident (Cautin, 2011). Le développement de cette pratique est associé aux différents changements sociaux tels que la diminution de l'autorité des religions, les guerres, l'urbanisation et la montée de l'individualisme (Paris, 2013). À travers les époques et différentes générations de chercheurs et cliniciens, toute une configuration de facteurs a rendu possibles le déploiement et la consolidation de la crédibilité d'une méthode de traitement psychologique se distinguant du champ de la médecine.

Suite à l'édification de la crédibilité de la psychothérapie avec la psychanalyse, des psychothérapies issues de fondements théoriques différents ont émergé. Deux autres courants principaux s'en dégagent, soit la théorie de la psychologie de l'apprentissage et sa psychothérapie comportementale de J.B. Watson et la théorie de la psychologie humaniste avec sa psychothérapie centrée sur la personne de C. Rogers (Cantin, 2011). Ces trois grands phares théoriques de la psychologie clinique ont proposé des modèles de la psychothérapie articulant les connaissances et les postulats de base entourant leur compréhension respective du fonctionnement psychique, de la psychopathologie et de la psychothérapie. Plus spécifiquement, ces modèles de la psychothérapie ont défini les rôles du psychothérapeute, ceux du client ou du patient, leurs interactions et leur relation ainsi que les interventions appropriées dans le contexte de soin. Il existe de nombreuses définitions de la psychothérapie allant de descriptions plutôt générales de la manière de venir en aide à une personne en difficulté jusqu'aux descriptions plus spécifiques exposant le cadre et les conditions du traitement (Thurin et Thurin, 2007). Pour notre propos, nous avons choisi la définition de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) présentant la

psychothérapie comme ayant fondamentalement pour objectif de mettre en relation un ¹ psychothérapeute compétent avec un client ² pour l'aider à atteindre des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel et/ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé alors qu'il souffre d'un trouble mental, de difficultés et/ou de détresse psychologiques (OPQ, 2014).

Un important corpus d'écrits et de recherches scientifiques porte sur l'effet de la psychothérapie et comment sont atteints ou non les changements significatifs chez le client. Il existe différentes perspectives de recherche à ce sujet focalisant, seulement ou à la fois, sur les résultats obtenus ou sur le processus psychothérapeutique. De ces perspectives de recherche se dégagent quatre générations de recherche sur l'évaluation de la psychothérapie. Celles-ci ont tenté de répondre à des enjeux qui ont varié selon les époques. De nombreuses divisions entre chercheurs ont émergé au sujet des différentes variables qui expliquent le changement, mettant souvent en opposition d'une part, les résultats obtenus par un modèle de traitement spécifique pour un trouble spécifique et d'autre part, les données de recherche sur les variables du processus psychothérapeutique focalisant davantage sur la relation psychothérapeutique entre le client et le psychothérapeute. Toutefois, les conclusions de plusieurs méta-analyses ayant fait état de l'échec de la recherche à démontrer la supériorité d'une méthode de traitement sur une autre nous amènent à considérer que l'efficacité des différentes approches de psychothérapie dépend beaucoup plus d'une association complexe entre différents ingrédients actifs. Il est possible de se référer à la théorie des facteurs communs pour mieux comprendre la combinaison et la

¹ Le masculin a été choisi pour alléger la lecture.

² La personne qui s'engage dans une démarche de psychothérapie peut être nommée de différentes façons selon le point de vue du clinicien et le contexte du service offert, p.ex. patient ou client. Nous utiliserons ici la terminologie de client dans la même perspective idéologique que Rogers (1951).

contribution de ces ingrédients actifs pour expliquer le changement. Les facteurs communs réfèrent aux ingrédients communs entre toutes les approches théoriques de la psychothérapie dont le plus connu est l'alliance thérapeutique contrairement aux facteurs spécifiques qui réfèrent, par exemple, à des méthodes d'interventions propres à une approche de traitement. Dorénavant, les lignes directrices en recherche comme en pratique clinique s'orientent vers l'intégration des connaissances sur les variables de la relation psychothérapeutique, des caractéristiques et conduites des psychothérapeutes ainsi que de celles du client en plus des variables liées à des facteurs spécifiques tels que les stratégies et interventions issues d'une approche de traitement en particulier.

La recherche sur l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie voit constamment apparaître de nouveaux défis afin de mieux comprendre et servir les clients selon leurs besoins. En plus du développement rapide de différents modèles de psychothérapie pour différentes problématiques au cours des dernières décennies, nous voyons plus récemment se transformer le contexte traditionnel de rencontre avec l'arrivée de la technologie en santé mentale. Une nouvelle modalité de rencontre pour offrir des services psychologiques est maintenant utilisée, à savoir la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive. Désormais, la rencontre de psychothérapie peut se faire à distance et de manière simultanée par l'intermédiaire de la vidéoconférence interactive. L'arrivée de la télépsychothérapie pose toutes sortes de questions, dont certaines, au sujet de sa faisabilité et son acceptabilité, ont semblé confirmer la pertinence de son utilisation. L'ensemble des données de recherche sur l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie par vidéoconférence comporte toutefois un manque frappant concernant l'étude approfondie des variables du processus psychothérapeutique. La grande majorité des études avec ce médium ont tenté de valoriser un traitement spécifique pour un trouble en particulier au détriment

du développement des connaissances sur la contribution de la relation psychothérapeutique, du psychothérapeute et du client.

Le présent projet de recherche se situe dans une perspective de recherche intégrant l'évaluation du processus psychothérapeutique et des résultats obtenus. Notre recherche poursuit deux objectifs principaux. Le premier objectif est de décrire et de comparer les caractéristiques de la relation psychothérapeutique, celles du psychothérapeute et du client dans deux conditions de psychothérapie soit la vidéoconférence interactive et la rencontre en face-à-face. Cela nous permettra d'évaluer si la condition de rencontre en vidéoconférence a une incidence sur les variables du processus psychothérapeutique. Le second objectif de recherche est de décrire et de comparer les trois mêmes caractéristiques du processus psychothérapeutique, mais cette fois en fonction de la présence ou non d'amélioration symptomatique chez les clients. Ces deux objectifs de recherche nous ont conduits à des questions exploratoires à partir desquelles nous tenterons d'identifier les différences et les similitudes sur le plan des variables du processus psychothérapeutique selon deux conditions de rencontre ainsi que selon les groupes de clients présentant ou non une amélioration symptomatique.

Le premier chapitre de cet essai présente l'historique de l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie, les différentes générations et les perspectives de recherche centrées sur les effets de la psychothérapie et les principales données actuelles au sujet des variables du processus psychothérapeutique qui contribuent au changement en psychothérapie. La télépsychothérapie par vidéoconférence interactive sera ensuite présentée ainsi que les données de recherche actuelles sur l'étude du processus psychothérapeutique dans ce contexte de pratique. Les limites des connaissances actuelles, les objectifs et les questions de recherche du présent essai seront présentés à la fin du chapitre 1. Le deuxième chapitre présente la méthodologie de recherche

utilisée, soit l'échantillonnage, le protocole de traitement, les procédures de sélection et de transcription du verbatim des séances de psychothérapie ainsi que les instruments de mesure pour l'évaluation du processus psychothérapeutique et des résultats. Le troisième chapitre présente les résultats en fonction des objectifs spécifiques de l'étude. Dans le quatrième chapitre, une discussion générale reprend l'ensemble de ces résultats afin d'en faire une interprétation. Enfin, la conclusion résume les apports et les limites de cette recherche et présente des pistes de réflexion pour les recherches futures.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Historique de l'évaluation de la psychothérapie

Le champ de la recherche sur l'évaluation de la psychothérapie a inspiré bon nombre d'études scientifiques visant à mieux comprendre comment fonctionne une psychothérapie, ce qui contribue au changement psychothérapeutique, ainsi qu'à améliorer les manières de l'évaluer (Lambert, 2013a; Greenberg, 1991). À travers le temps, les méthodologies d'évaluation de la psychothérapie ont connu différentes influences et manières de procéder suivant le fait qu'elles répondaient à différents objectifs et enjeux propres au contexte du moment. Il est possible de distinguer trois grandes perspectives de recherche à ce sujet : (1) la perspective qui inclut les études centrées sur les résultats (l'efficacité d'un traitement particulier à produire un changement), (2) la perspective qui inclut les études centrées sur le processus psychothérapeutique (ce qui se produit durant la psychothérapie et qui aide à produire un changement) et (3) la perspective qui inclut l'étude de la relation entre le processus et les résultats psychothérapeutiques. Quoique les perspectives de recherche sur les résultats et celle sur le processus relèvent de fondements épistémologiques différents, l'intégration de celles-ci apporte des réponses plus complètes et complexes pour le développement des connaissances sur la psychothérapie. L'histoire de l'évaluation de la psychothérapie est ponctuée de quatre générations de recherche qui se sont chevauchées et qui incluent des études provenant de ces deux grandes perspectives (Grawe, 1997; Goldfried et Wolfe, 1998; Orlinsky, Ronnestad et Willntzki, 2004; Thurin et Thurin 2007).

1.1.1 Survol des trois premières générations de recherche

La recherche sur la psychothérapie a débuté avec des études de cas individuels rapportées par Charcot, Janet, Freud et leurs successeurs pour ensuite ouvrir la voie à d'autres types d'études et de méthodologies (Canceil et coll., 2004). Les études de la première génération (jusqu'en 1950) se sont inscrites dans une perspective centrée sur les résultats et ont porté plus spécifiquement sur la justification de la valeur de la psychothérapie comme traitement et sur la démonstration de son effet comparativement au passage du temps. La fin de cette période a été marquée par la revue de littérature d'Eysenk (1952) qui a conclu que la psychothérapie était dénuée d'efficacité par rapport au passage du temps. Cette étude invalidait le lien de causalité entre les changements obtenus et la psychothérapie. Les débats suscités par cette étude ont provoqué d'une part des transformations dans la rigueur méthodologique appliquée en recherche et d'autre part ont conduit au développement de démarches scientifiques largement influencées par le modèle médical. Les études qui ont suivi ont davantage cherché à établir l'efficacité générale de la psychothérapie comme traitement plutôt que de faire l'étude des variables et composantes du processus psychothérapeutique (Hill et Corbett, 1993).

Les études de deuxième génération (des années 1950 à 1980) se sont également inscrites dans une perspective centrée sur les résultats, mais ont cette fois porté sur les résultats suivant un traitement de psychothérapie. Cette génération de recherches a été caractérisée par des études visant à comparer et faire la démonstration de l'efficacité de traitements psychothérapeutiques pour des troubles spécifiques. Pour y parvenir, des guides et des manuels de traitement étaient élaborés pour assurer des mesures d'adhésion et d'intégrité thérapeutique, une rigueur marquée dans l'application des procédures prévues au traitement, pour ainsi contrôler les interventions qui étaient mises en lien avec les résultats. Les études focalisant sur la mesure des résultats

psychothérapeutiques étaient généralement associées aux mesures du changement en dehors des séances de psychothérapie en comparant les données obtenues avant et à la fin du traitement. La fin de la deuxième génération de recherche a été caractérisée par l'émergence des études randomisées incluant un groupe contrôle et l'assignation aléatoire des participants à un traitement. Parallèlement, à partir des années 1970 jusque dans les années 1990, s'élevaient des voix comme celles de E.A. Bergin, S.S. Garfield, M.J. Lambert et L. Luborsky pour nuancer les résultats de recherche sur l'effet de la psychothérapie et réitérer l'importance d'examiner les différents facteurs qui font que la psychothérapie fonctionne. C'est à cette époque qu'il a été suggéré, par des méta-analyses, que pour la grande majorité des études produites, toute psychothérapie qualifiée comme raisonnable et sérieuse était mieux que son absence (Luborsky, Singer, 1975 et Luborsky, 1975 dans Wampold, Hollon et Hill, 2011).

Les études de troisième génération (de 1985 à 1995), aussi issues de la perspective centrée sur les résultats, se sont inscrites dans le mouvement des traitements validés empiriquement calqués sur le modèle médical et des pratiques fondées sur les données probantes (Thurin et Thurin, 2007; Orlinsky, Ronnestad et Willntzki, 2004). Jusqu'à tout récemment, des lignes directrices pour la pratique clinique étaient élaborées en se basant sur des listes de traitements spécifiques pour un trouble de santé mentale en particulier. Durant cette période, des critères de recherche étaient choisis pour faire la démonstration de l'efficacité des traitements psychologiques et en proposer une liste (p. ex., Chambless, 1996; Chambless et Hollon, 1998; Chambless et coll., 1996). Certaines approches de psychothérapie ont été exclues ou ont vu leur crédibilité remise en cause en raison des méthodes de validation employées tandis que d'autres, notamment la psychothérapie d'approche cognitive-comportementale, faisaient la promotion de leur supériorité en matière d'efficacité potentielle. Il est important de mentionner que la preuve d'efficacité potentielle est un concept qui a largement été critiqué, surtout depuis les années 2000. Ces critiques

pointent d'une part le manque de représentativité des conditions de traitement en laboratoire à l'opposé de l'environnement et des conditions réelles de la pratique clinique courante et d'autre part l'utilisation d'une clientèle atypique présentant une symptomatologie isolée et homogène (Thurin et Briffault, 2006). Les autres critiques portant sur cette perspective de recherche et les recommandations qui en sont issues visaient les validités interne et externe lors de l'évaluation de la psychothérapie ainsi que la relation causale entre les interventions ou techniques et les résultats cliniques (Norcross, Beutler, et Levant, 2006; Roth et Fonagy, 2005; Wampold, 2001). Enfin, la démonstration d'un lien de causalité n'est pas la seule règle et démarche scientifique pouvant expliquer le phénomène de changement clinique et celui-ci ne nous renseigne pas au sujet des interventions spécifiques qui ont amené au changement et comment celui-ci s'est produit (Kazdin, 2009).

Parallèlement, la perspective de recherche centrée sur le processus psychothérapeutique a émergé dans l'intervalle des études de deuxième et troisième génération (débutant vers la fin des années 1940). On reconnaît à C. Rogers (1957) une influence majeure sur les bases de la recherche sur le processus psychothérapeutique, en mettant l'accent sur une meilleure compréhension des conditions favorables, dites nécessaires et suffisantes, au changement pour les clients (Cantin, 2011). Ce dernier s'est notamment intéressé à la nature des interactions entre le psychothérapeute et son client par l'intermédiaire d'enregistrement des séances afin d'analyser les rencontres moment par moment et de démystifier, de l'intérieur, les processus se déployant durant les heures consacrées à la psychothérapie (Lambert, 2013b). Il existe plusieurs définitions de ce qu'on entend par la recherche sur le processus psychothérapeutique. Kiesler, en 1973, a proposé une des premières définitions de l'étude du processus psychothérapeutique focalisant sur ce qui se produit à l'intérieur de la démarche et la manière dont sont conduites les séances de psychothérapie. Pour cet auteur, l'étude du processus psychothérapeutique réfère à

toute forme de recherche qui en totalité ou en partie tient compte dans ses données et ses mesures directes ou indirectes des conduites du client, celles du psychothérapeute et de leur dyade (soit les interactions dans la communication entre le client et le psychothérapeute) durant une séance de psychothérapie (Kiesler, 1973). Ainsi, les interactions maintenues dans le temps (en fréquence et en durée), entre le client et le psychothérapeute, constituent le processus psychothérapeutique (Orlinsky, Ronnestad et Willutzki, 2004). Greenberg et Pinsof (1986) ont par la suite proposé une définition témoignant d'une vision systémique de la recherche sur les processus psychothérapeutiques. Leur modèle systémique des processus psychothérapeutiques propose une définition qui privilégie une approche holistique et se référant à la complexité des interactions entre le client et le psychothérapeute. Cette approche considère ces derniers comme des systèmes dont la boucle d'influence mutuelle, à l'intérieur comme à l'extérieur de la psychothérapie, touche plusieurs niveaux d'expériences et d'actions. Pour ces auteurs, la recherche sur les processus psychothérapeutiques est l'étude des interactions entre les systèmes du client et ceux du psychothérapeute. L'objectif des études centrées sur le processus psychothérapeutique est d'identifier le processus de changement dans l'interaction entre ces systèmes. L'étude des processus psychothérapeutiques couvre tous les comportements et expériences de ces systèmes qui concernent le processus de changement à l'intérieur comme à l'extérieur des séances de psychothérapie (Greenberg et Pinsof, 1986).

À l'instar des premières générations de recherche, ce sont dans les années 1950 qu'ont eu lieu les premières études mettant en relation les résultats psychothérapeutiques et les variables du processus psychothérapeutique afin de mieux comprendre comment et pourquoi le changement se produit (Orlinsky, Ronnestad, et Willutzki, 2004). Les résultats psychothérapeutiques sont ainsi perçus comme étant imbriqués dans un processus dynamique et continu durant la démarche

et dont les mesures peuvent être faites à différents moments, à savoir avant, pendant et après la psychothérapie (Greenberg et Pinsof, 1986). Trois grands axes d'évaluation sont utilisés pour établir une relation entre les variables du processus psychothérapeutiques et les résultats de la psychothérapie, soit la contribution des caractéristiques du psychothérapeute (ses qualités et ses conduites), les caractéristiques du client et les caractéristiques de la relation entre le psychothérapeute et son client (Greenberg et Watson, 2006). Dans cette perspective de recherche, quatre aspects du processus sont habituellement mesurés : (1) les comportements manifestes et les expériences internes, (2) les thématiques et le contenu du dialogue, (3) les caractéristique et la manière dont se font les interactions et (4) la qualité des interactions et les compétences (Hill et Lambert, 2004). Pour étudier le processus psychothérapeutique à travers la dynamique interactionnelle entre le client et le psychothérapeute, certains chercheurs se sont intéressés à l'étude d'épisodes ou de segments significatifs de la psychothérapie ou aux différentes étapes de changement (p. ex., J. O. Prochaska), tandis que d'autres se sont intéressés à l'étude intégrale des rencontres de manière chronologique et séquentielle (p. ex., E. E. Jones). En somme, les recherches intégrant l'étude des processus psychothérapeutiques sont caractérisées par leur intérêt pour la pratique clinique courante de la psychothérapie. Dans l'ensemble, ces recherches sont également caractérisées par l'utilisation d'échantillons de recherche plus représentatifs de la clientèle réelle et de la pratique clinique quotidienne de la psychothérapie ainsi que par l'utilisation de méthodes d'évaluation différentes (Hill et Lambert, 2004).

1.1.2 Quatrième génération : l'intégration des perspectives de recherche

Les différents mouvements et enjeux défendus par les différentes perspectives de recherche dans les études de deuxième et troisième générations ont eu pour effet de radicalement diviser les communautés de cliniciens et de chercheurs et d'accentuer

les clivages entre les différentes écoles de pensée. L'examen d'une vaste littérature sur le sujet met en relief des controverses et de puissants débats sur les variables qui expliquent le changement psychothérapeutique opposant bien souvent la perspective centrée sur les résultats à celle centrée sur le processus psychothérapeutique.

C'est dans ce contexte que le développement d'une quatrième génération de recherches cliniques, dorénavant intégratives, a été soutenu par de récentes recommandations de *l'American Psychological Association* (APA). Ces recommandations ont été formulées par Norcross en 2011 à partir de discussions qui réunissaient d'importants groupes de recherches dans le domaine. Au Québec, l'Ordre des psychologues (OPQ) s'allie depuis quelques années aux recommandations de l'APA pour dégager un seuil de référence de ce qui est désormais reconnu comme étant des pratiques fondées sur les données probantes. Les pratiques fondées sur les données probantes représentent donc une grande catégorie intégrative de recherche qui rassemble différentes données d'études issues de méthodologies rigoureuses et diversifiées mettant en lien plusieurs variables, dont celles du client, du psychothérapeute, de la relation psychothérapeutique, du contexte de soins, du ou des diagnostics, des interventions d'une approche théorique spécifique et des principes de changement qui contribuent au succès ou à l'échec d'une psychothérapie en se rappelant bien que le résultat final (p. ex., la diminution ou la disparition des symptômes) n'est qu'un indice du changement.

Les recommandations sur l'étude de l'efficacité de la psychothérapie et du processus de changement intègrent dorénavant l'identification des éléments actifs de la relation psychothérapeutique et l'examen des associations complexes entre les contributions du client et du psychothérapeute et les résultats d'un traitement (Norcross, 2011). Il existe plusieurs avantages à intégrer les connaissances sur ce qui compose et détermine le processus et les effets d'une psychothérapie ainsi que les connaissances

sur les psychopathologies afin de mieux comprendre la complexité à la fois de l'interaction entre les différentes variables dans l'espace relationnel et celle du changement thérapeutique. Cette combinaison permet ainsi de mieux évaluer les différents ingrédients actifs qui soutiennent et influencent le changement. L'évaluation du changement est ainsi menée dans une perspective dynamique, relationnelle et intersubjective à travers toute la trajectoire de la psychothérapie. Il ne s'agit donc pas d'exclure les données de la recherche sur les interventions spécifiques généralement associées à une approche théorico-clinique mais plutôt de les intégrer et de les mettre en contexte dans la dynamique relationnelle complexe afin de mettre en lumière les autres variables et facteurs qui contribuent au changement psychothérapeutique. Cette dernière génération de recherche invite également à une meilleure collaboration entre les chercheurs et les cliniciens afin d'intégrer l'expertise clinique et les meilleures recherches sur les différentes variables à contribution dans l'explication du changement, et ce, avec différents canevas méthodologiques (Norcross et Lambert, 2011).

À la lumière de ces considérations, nous poursuivons dans cette même perspective intégrative en présentant les différentes variables du processus psychothérapeutique qui contribuent au changement.

1.2 Les différentes variables du processus psychothérapeutique qui contribuent au changement

Les conclusions de plusieurs méta-analyses et d'études rigoureuses font état de l'échec de la recherche à démontrer la supériorité d'une approche psychothérapeutique sur une autre (p. ex., Ahn et Wampold, 2001; Baardseth et coll., 2013; Benish et coll., 2007; Cuijpers, van Straten, Andersson, et van Oppen, 2008; Cuijpers et coll., 2012; Duncan, Miller, Wampold et Hubble, 2010; Imel, Wampold,

Miller, et Fleming, 2008; Leichsenring et Leibing, 2003; Luborsky, Singer et Luborsky, 1975; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, et Foa, 2010; Shedler, 2010; Smith et Glass, 1977; Smith, Glass et Miller, 1980; Stiles et coll., 2006 et 2008; Wampold, 2001; Wampold et coll., 1997; Wampold et coll., 2002; Wampold et Serlin, 2014). Les méta-analyses rapportent également que différentes psychothérapies peuvent atteindre des objectifs psychothérapeutiques similaires à travers différents processus et que les différentes psychothérapies ont toutes en commun des facteurs qui sont curatifs au-delà de leur explication théorique du changement (Lambert, 2013b). À ce propos, il existe plusieurs interprétations de ces résultats liés à des théories sur les facteurs critiques et communs qui transcendent les modèles de psychothérapie (Stiles et coll., 1986). L'idée n'est pas de se perdre dans un réductionnisme et de diluer les connaissances en se disant que tout fonctionne également, mais plutôt de reconnaître la complexité et la part d'effet des différents facteurs actifs.

Ainsi, pour comprendre ce qui se produit durant la psychothérapie, il peut être intéressant de se tourner vers des modèles théoriques qui intègrent les différentes dimensions communes et éléments actifs ayant une incidence sur le changement clinique. Les prochaines sections présentent une synthèse des connaissances et proposent une réflexion intégrative au sujet des facteurs communs comme les variables de la relation psychothérapeutique, celles du psychothérapeute et la variable du client.

1.2.1 La théorie des facteurs communs

L'étude-mère des recherches sur le paradoxe de l'équivalence entre les traitements est celle de Rosenzweig en 1936 où celui-ci faisait la description des principes communs

impliqués dans l'explication du changement et ce, peu importe les différentes approches de la psychothérapie de cette époque. Rosenzweig (1936) figure comme pionnier dans l'élaboration de la notion de facteurs communs pour expliquer ce qui contribue à l'issue d'une psychothérapie. C'est à lui que nous devons l'incursion dans l'imaginaire du conte d'Alice aux pays des merveilles pour l'expression satirique du « *dodo bird verdict* » où « tout le monde est gagnant et tous méritent un prix ». Cette expression réfère donc à l'affirmation selon laquelle toutes les psychothérapies produisent des résultats équivalents et ce peu importe les aspects spécifiques tels que l'approche de traitement.

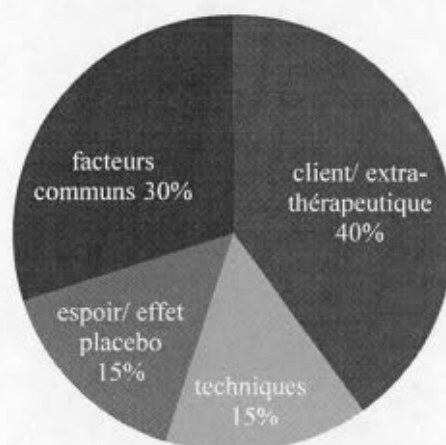
La théorie des facteurs communs (Frank, 1973) consiste en l'identification des ingrédients a-théorique de la psychothérapie, c'est-à-dire ceux qui sont partagés par tous les modèles de psychothérapie. Ce modèle de recherche met l'accent sur la dimension du travail collaboratif entre le psychothérapeute et son client et il focalise notamment sur les variables du psychothérapeute, du client, de leurs interactions et du cadre thérapeutique du traitement offert (Frank et Frank, 1993; Wampold, 2001, 2007 et 2011). Pour plusieurs auteurs comme Duncan, Miller, Wampold et Hubble (2010), les facteurs communs représentent le cœur et l'âme de l'effet de la psychothérapie. Quant aux facteurs spécifiques, ils relèvent de ce qui est propre à une approche de psychothérapie. Il existe une tendance à considérer ces facteurs spécifiques tels que les actions, stratégies, techniques ou interventions psychothérapeutiques comme étant différents d'une approche de traitement à une autre puisqu'ils relèvent de fondements épistémologiques distincts. Les facteurs spécifiques revêtent une importance à ne pas sous-estimer ni surestimer et ne peuvent d'aucune manière être dissociés à la fois des caractéristiques du psychothérapeute et de la relation psychothérapeutique puisqu'ils agissent ensemble (Elliott, Greenberg et Liataer, 2004).

Lambert, Shapiro et Bergin (1986) et Asay et Lambert (1999) ont fait une revue des publications de recherches sur les résultats de la psychothérapie individuelle pour des adultes et ont proposé un graphique circulaire pour décrire la contribution des variables impliquées dans le changement. Encore à ce jour, ce graphique sert de référence dans les manuels cliniques et de recherche sur la psychothérapie (Norcross et Lambert, 2011; Lambert, 2013b). La figure 1 illustre la part d'effet des facteurs thérapeutiques qui contribuent à l'amélioration ou la détérioration du client. L'explication de la variance du changement nous permet de mieux comprendre l'ensemble des éléments qui sont psychothérapeutiques et qui favorisent le changement chez le client. Leur valeur prédictive existe dans un assemblage de relations mutuellement dépendantes que nous pourrions également définir tel qu'un phénomène de synergie (Norcross, 2011) pour désigner les actions et influences combinées de ces variables. Norcross et Lambert (2011) rappellent toutefois qu'une partie importante, soit 40% de la variance du changement, demeure inexpliquée pour différentes raisons notamment à cause des erreurs ou des faiblesses méthodologiques et de la complexité du comportement humain. Chacune de ces variables est nécessaire, mais non suffisante en soi et l'explication du changement psychothérapeutique dépend de la contribution et de la combinaison optimale de l'ensemble de plusieurs éléments actifs.

Dans la figure 1, le facteur « client/extra-thérapeutique » compte pour 40% de la variance du changement et fait référence à tout ce qui se produit à l'extérieur de la psychothérapie et qui relève du client, par exemple ses ressources internes et externes, l'environnement dans lequel il vit ou une rémission spontanée. Le facteur « espoir et effet placebo » compte pour 15% de la variance du changement et fait référence à l'amélioration du client basée sur l'espoir et la crédibilité qu'il accorde au traitement. Notons toutefois que la notion d'effet placebo en psychothérapie est hautement contestée et considérée comme incohérente avec l'évaluation de

l'efficacité psychothérapeutique (Lambert et Ogles, 2004). Le facteur « techniques » explique 15% de la variance du changement et fait référence aux éléments spécifiques à une approche théorique de la psychothérapie, par exemple les interventions psychothérapeutiques. Le facteur « facteurs communs » compte pour 30% de la variance du changement et réfère quant à lui aux différents ingrédients communs entre toutes les approches théoriques de la psychothérapie, comme par exemple l'alliance thérapeutique, l'empathie, l'acceptation, l'encouragement à prendre des risques, etc. Les facteurs communs ne peuvent agir en dehors de la relation psychothérapeutique et la qualité de celle-ci représente une condition *sine qua non* à leur action (Norcross et Lambert, 2011).

Figure 1 Les facteurs thérapeutiques impliqués dans le changement (Lambert, 1986, 1992)



De toutes les variables étudiées, c'est la relation psychothérapeutique, notamment la variable de l'alliance thérapeutique, qui s'est montrée de manière constante et robuste comme le meilleur prédicteur des résultats thérapeutiques (De Roten, 2006). Ainsi, nous poursuivrons notre présentation des variables qui expliquent le changement en débutant avec les éléments actifs de la relation psychothérapeutique pour ensuite

poursuivre avec ses deux composantes principales, soit les caractéristiques du psychothérapeute et celles du client.

1.2.2 La variable de la relation psychothérapeutique

Le facteur commun ayant reçu le plus d'attention est sans contredit la relation psychothérapeutique. Dans la littérature comme dans la réalité de la pratique clinique, une forte majorité de chercheurs et de cliniciens soutiennent que la qualité de la relation psychothérapeutique est associée aux résultats d'une psychothérapie indépendamment des problématiques, des différentes clientèles et des différentes approches de psychothérapie. La relation psychothérapeutique est l'élément commun des modes d'intervention et de toute conceptualisation théorique de la psychothérapie (Norcross et Lambert, 2011). En conséquence, la recherche clinique ne peut se permettre de se tenir à l'écart des questions liées à cette thématique. Quelle que soit l'allégeance théorique d'un psychothérapeute, ce dernier doit être en mesure d'entrer en relation et de maintenir ce lien thérapeutique de manière optimale avec son client (Lecomte et coll., 2004).

À des fins de clarification, nous nous référerons à la définition de la relation psychothérapeutique de Gelso et Carter (1985, 1994) qui est reconnue pour être précise, générale, consensuelle et athéorique (Norcross, 2011). La relation psychothérapeutique est définie à la fois comme les sentiments et les attitudes que le psychothérapeute et le client ont l'un envers l'autre, mais également comme la manière dont ceux-ci sont exprimés (Gelso et Carter, 1985, 1994).

Il importe de mentionner que le concept d'alliance thérapeutique est fréquemment confondu, pris pour synonyme ou perçu comme l'essence même de la relation

psychothérapeutique. Toutefois, certains chercheurs dans le domaine ont montré un bon nombre de composantes caractéristiques de la relation psychothérapeutique, qui, quoique hautement corrélées avec l'alliance, peuvent également être en partie indépendantes de celle-ci (Crits-Christoph, Gibbons et Mukherjee, 2013). Crits-Christoph et ses collaborateurs (2013) ainsi que Norcross (2002, 2010) parlent, par exemple, de l'investissement du psychothérapeute et du client dans leur rôle, la qualité de l'interaction entre le psychothérapeute et son client (leurs caractéristiques et leurs conduites), l'accordage dans l'expression (la qualité de la communication), l'attitude affective entre le psychothérapeute et son client, l'empathie ainsi que la congruence expérientielle (l'accordage sur l'expérience d'une rencontre). Ces éléments sont caractéristiques d'expériences, de conduites ou d'actions qui décrivent toutes comment le psychothérapeute et son client interagissent ensemble, mais ne réfèrent pas spécifiquement à l'alliance thérapeutique comme telle. Ces distinctions étant faites, nous poursuivrons notre propos au sujet de l'alliance thérapeutique.

1.2.2.1 L'alliance thérapeutique

C'est à partir de la clinique psychanalytique, qui représente le berceau de la conceptualisation de l'alliance, que depuis les années 1970 se développe un réel intérêt de recherche pour ce facteur commun, tel un aspect spécifique de la relation psychothérapeutique. Il existe deux appellations principales, soit l'alliance de travail ou l'alliance thérapeutique. Si l'alliance thérapeutique est assez facile à comprendre intuitivement, il est toutefois un peu plus difficile de la conceptualiser. Il existe tout de même un certain consensus entourant l'idée générale d'une collaboration à établir et à maintenir entre le client et le psychothérapeute. Pour le chercheur, s'intéresser à l'alliance thérapeutique constitue l'objet d'un savoir important au sujet de la qualité du lien relationnel entre le client et le psychothérapeute et ce, afin de prédire les résultats de la psychothérapie. Pour le clinicien, parler d'alliance thérapeutique pose

beaucoup de questions au sujet de ses différents savoirs et ses compétences puisqu'elle n'est ni un mode d'intervention ni une technique thérapeutique, mais qu'elle les potentialise lorsqu'elle est bien établie.

Depuis le sillon des pensées freudienne et rogéienne, de nombreux auteurs prônent l'établissement précoce d'un lien affectif chaleureux entre le client et le psychothérapeute. Plusieurs définitions de l'alliance thérapeutique ont été proposées pour son opérationnalisation, mais on reconnaît deux contributions majeures, soit celle de Luborsky (1976) et celle de Bordin (1979 et 1994). Pour notre propos, nous choisissons de nous référer à la définition de Bordin (1979 et 1994) puisque celle-ci semble faire consensus dans la communauté des chercheurs et cliniciens notamment pour la qualité de sa conceptualisation qui convient aux différentes formes de psychothérapie. Bordin (1979 et 1994) définit l'alliance thérapeutique comme le résultat d'un engagement réciproque entre le client et le psychothérapeute poursuivant un contrat thérapeutique clairement négocié. Cette collaboration est fondée sur trois composantes interdépendantes, soit un accord sur les buts et objectifs à poursuivre, un accord sur les tâches à accomplir ainsi que l'établissement d'un lien affectif (Bordin, 1979, 1994).

L'alliance thérapeutique est la variable de la relation psychothérapeutique qui a été le plus étudiée jusqu'à présent (Crits-Christoph et coll., 2013). Plusieurs méta-analyses montrent que l'alliance thérapeutique est un prédicteur fiable et robuste de l'issue d'une psychothérapie pour les différentes approches thérapeutiques ainsi que pour les différentes problématiques pour lesquels les clients consultent (Flückiger et coll., 2012; Horvath et Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, et Symonds, 2011; Horvath et Symonds, 1991; Lambert et Bartley, 2002; Martin, Garske, et Davis, 2000). Plus l'alliance thérapeutique est forte, meilleurs sont les résultats thérapeutiques (Crits-Christoph et coll., 2011; Orlinsky et coll., 2004). Selon la méta-analyse de Horvath et

ses collaborateurs (2011), l'alliance thérapeutique explique jusqu'à 7,8% de la variance de changement. Crits-Christoph et ses collaborateurs (2011) estiment que ce pourcentage sous-estime l'effet réel de l'alliance thérapeutique. Plus précisément, ils évaluent que l'alliance thérapeutique explique entre 10,1% à 16,7% de la variance de changement en ce qui concerne les symptômes dépressifs. Dans une récente méta-analyse, le calcul de la taille d'effet est de 0,34 pour la relation entre la composante de l'accord ou consensus au sujet des buts et objectifs de la psychothérapie et les résultats psychothérapeutiques (Tryon et Winograd, 2011).

Le client et le psychothérapeute contribuent tous deux au développement et au maintien de l'alliance thérapeutique. Bien que l'alliance implique une contribution mutuelle, c'est celle du psychothérapeute, dans l'établissement et le maintien de l'alliance thérapeutique, qui semble être un prédicteur plus déterminant des résultats thérapeutiques (Baldwin, Wampold, et Imel, 2007; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds et Wampold, 2012). L'étude de Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue et Hayes (1996) a montré que les psychothérapeutes qui ont de la facilité à établir une alliance thérapeutique de qualité et qui sollicitent l'engagement émotif de leurs clients lors de l'application d'une psychothérapie cognitive ont obtenu plus de progrès thérapeutiques. L'alliance thérapeutique implique également pour le psychothérapeute de ne pas être en deçà ni au-delà des demandes du client. Il en est le gardien durant toute la psychothérapie. Une bonne relation psychothérapeutique, notamment une bonne alliance thérapeutique entre le psychothérapeute et son client, représente un facteur déterminant dans le processus de changement psychothérapeutique. Toutefois, l'alliance thérapeutique n'est pas un phénomène statique et elle n'est pas à l'abri notamment des attentes et fantaisies de changements non réalistes à la fois du client et du psychothérapeute qui pourraient altérer la psychothérapie. C'est à partir des fluctuations de l'alliance, des impasses et des échecs thérapeutiques que les psychothérapeutes expérimentent toute la complexité

de la relation psychothérapeutique et des ajustements à faire. C'est avec réflexivité que ces derniers pourront être attentifs à leur rôle dans l'interaction, reconnaître leur influence et leur contribution dans le processus psychothérapeutique afin de tenter de restaurer le lien, expérience qui est connue pour être bénéfique au client. La prochaine section présentera de manière plus précise l'influence de la variable du psychothérapeute dans le processus de changement.

1.2.3 La variable du psychothérapeute

Les recherches montrent de manière répétée l'effet de la variable du psychothérapeute sur le processus et les résultats de la psychothérapie peu importe l'approche de traitement (p. ex., Baldwin et Imel, 2013; Beutler et coll., 2004; Kim, Wampold et Bolt, 2006; Luborsky et coll., 1997; Okiishi, Lambert, Nielsen et Ogles, 2003; Wampold, 2001; Wampold et Brown, 2005). Baldwin et Imel (2013) rapportent qu'il existe différentes manières d'étudier la contribution du psychothérapeute au processus et aux résultats de la psychothérapie en comparant les psychothérapeutes pour identifier les conduites et les caractéristiques de ceux qui sont plus efficaces de ceux qui le sont moins ainsi que de comparer la variabilité de l'efficacité d'un psychothérapeute avec ses différents clients. Bien qu'il existe une différence et une variabilité dans l'efficacité des psychothérapeutes entre eux, ce n'est ni la profession dans le domaine de la relation d'aide ni les années d'expérience ni l'orientation théorique ni le genre du psychothérapeute qui feront de lui ou d'elle un meilleur agent de changement pour les clients (Lambert, 2010).

L'analyse des résultats de recherches publiées au sujet de la contribution des psychothérapeutes révèle certaines caractéristiques, attitudes et conduites des psychothérapeutes efficaces qui réfèrent à des savoirs-être et à l'intégration des savoirs dont les savoir-faire de manière à composer avec la complexité relationnelle.

Par exemple, l'étude d'Anderson et ses collaborateurs (2009), rapporte que les psychothérapeutes efficaces sont ceux qui sont en mesure de relever des défis interpersonnels dans leur rencontre avec leur client et qui présentent des habiletés interpersonnelles associées comme l'empathie et l'écoute. Pour Baldwin et ses collaborateurs (2007), les psychothérapeutes les plus efficaces sont ceux qui sont connus pour avoir plus de facilité à établir et maintenir une bonne alliance thérapeutique avec leur client. Ces données réitèrent l'importance du développement des habiletés des psychothérapeutes à former et maintenir l'alliance thérapeutique ainsi qu'à soutenir ses fluctuations et en réparer les ruptures. Orlinsky et ses collaborateurs (2004) ont montré que les psychothérapeutes qui obtiennent les meilleurs résultats sont ceux qui sont connus comme étant les plus engagés et crédibles. D'autres études mettent l'emphasis sur l'importance des rétroactions (*feedback*) une conduite du psychothérapeute qui est favorable à la fois pour le client dans sa démarche de changement ainsi que pour le psychothérapeute dans son développement professionnel (p. ex., Duncan, 2010; Lambert, 2010; Lambert et Shimokawa, 2011; Lambert et coll., 2005; Lambert et coll., 2003; Orlinsky et Ronnestad, 2005; Shimokawa, Lambert et Smart, 2010). La recherche de rétroaction contribue à l'amélioration des résultats psychothérapeutiques et permet de suivre pas-à-pas les réponses du client à la psychothérapie, engager le dialogue sur les progrès ou l'absence de ceux-ci en plus de fournir des informations indispensables pour l'adaptation du psychothérapeute à son client (Lambert et Shimokawa, 2011). Enfin, toutes ces caractéristiques et ces conduites se retrouvent dans une synthèse proposée par Wampold (APA, 2011). Celui-ci a proposé 14 qualités et actions des psychothérapeutes efficaces à partir de l'ensemble de la documentation théorique et des meilleures données en recherche sur la contribution du psychothérapeute au processus de changement psychothérapeutique (voir le tableau 1.1).

Tableau 1.1 Les 14 qualités et actions des psychothérapeutes efficaces (Wampold, 2011)*

Qualités et actions	Définitions
1. Les habiletés interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidité verbale - Bonne perception de l'autre - Bonne régulation et expression affective - Chaleur et acceptation - Empathie - Centré sur l'autre
2. Les comportements verbaux et non-verbaux qui favorisent l'engagement du client dans le processus thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Aptitude à susciter le sentiment d'être compris chez le client - Aptitude à susciter la confiance du client en ses compétences
3. La capacité à établir rapidement une bonne alliance thérapeutique avec des clients présentant différentes caractéristiques et problématiques	<ul style="list-style-type: none"> - Bon accord quant aux buts et objectifs thérapeutiques - Bon accord quant aux activités et tâches à accomplir - Établissement d'un bon lien affectif et d'une bonne collaboration
4. La capacité à formuler une explication claire et acceptable de la détresse du client	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'adapter l'explication au client selon ses valeurs, son contexte de vie, sa culture et ses visions du monde - Aptitude à susciter des attentes positives pour surmonter ses difficultés
5. La capacité à présenter un plan de traitement cohérent avec les explications cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Congruence avec les besoins du client - Invitation au client à adopter des comportements sains - Aptitude à susciter une bonne adhésion au traitement
6. La capacité d'influencer, de persuader et de convaincre	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des explications et du plan de traitement faite d'une manière convaincante et suscitant l'espoir
7. La capacité à faire un suivi des progrès du client de manière authentique	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'instruments ou d'échelles ou évaluation clinique régulière - Tendance à porter un intérêt authentique à l'état du client - Intégration des indices de progrès ou de détérioration dans le processus de traitement

Qualités et actions	Définitions
8. La capacité d'être flexible et d'ajuster la psychothérapie en fonction des résistances et des difficultés à progresser du client	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustement selon les résistances du client pour favoriser le progrès - Capacité d'être attentif aux indices verbaux et non-verbaux de résistances - Capacité d'admettre ses torts au sujet des hypothèses cliniques initiales - Capacité à se référer ou à référer à d'autres services
9. La capacité d'utiliser le contenu difficile de façon thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre à jour l'évitement et ne pas entrer en confluence avec celui-ci - Capacité à faciliter la discussion à ce sujet - Tendance à être confortable dans les interactions suscitant des affects pénibles - Capacité d'aborder la relation psychothérapeutique et les impasses interpersonnelles de manière thérapeutique
10. La capacité à communiquer de l'espoir et de l'optimisme	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité à reconnaître les difficultés à progresser avec les clients présentant des problèmes sévères et chroniques tout en continuant de communiquer de l'espoir - Capacité à établir des objectifs réalistes - Capacité à mobiliser les forces et les ressources du client pour l'aider à résoudre ses problèmes - Tendance à favoriser l'attribution interne du client et de ses progrès thérapeutiques afin de renforcer son sentiment de pouvoir personnel
11. L'habileté à être attentif aux caractéristiques singulières du client et de son contexte de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité à être attentif aux caractéristiques telles que la culture, l'ethnie, la spiritualité, l'orientation sexuelle, la santé physique, l'âge, les motivations au changement, etc. - Capacité à être attentif au contexte de vie incluant le réseau familial et social de support, les ressources disponibles, dont la situation financière, le statut d'emploi, le milieu culturel et les autres services en cours, etc. - Capacité de collaboration avec les autres intervenants - Prise de conscience chez le psychothérapeute de ses propres caractéristiques et de son contexte de vie dans son interaction avec le client

Qualités et actions	Définitions
12. La conscience de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de conscience du psychothérapeute de ses enjeux personnels et en faire une bonne régulation - Dévoilement thérapeutique utilisé de manière réfléchie - Utilisation des informations contre-transférentielle afin de mieux cerner les enjeux appartenant à la dyade thérapeutique ou à la personne du psychothérapeute
13. Le fait d'être bien informé des principes scientifiques et de tenir compte de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne compréhension des dimensions biologiques, sociales et psychologiques à la base du trouble ou des problèmes de son client
14. La recherche continue à s'améliorer	<ul style="list-style-type: none"> - Tendance à rechercher et à utiliser les rétroactions et mettre l'emphasis sur le processus et le progrès thérapeutique - Tendance à accorder de l'importance à la rencontre des objectifs thérapeutiques et à voir à son amélioration de manière continue

Note : * traduction libre

1.2.3.1 L'approche psychothérapeutique du psychothérapeute

Les études visant à valider les effets d'un traitement spécifique ont, pour une forte majorité et par soucis de rigueur, une procédure de mesure de l'adhésion du psychothérapeute au modèle de traitement. Toutefois, à ce jour, il n'existe pas de démonstration d'une relation significative entre l'adhésion du psychothérapeute à un modèle de traitement et le succès de celui-ci (Baldwin et Imel, 2013; Webb, DeRubeis et Barber, 2010). En recherche, l'effet de la contribution personnelle du psychothérapeute a souvent fait l'objet de tentatives de neutralisation afin de contrôler les paramètres de validation de l'efficacité d'un traitement. Dans cette perspective de recherche, les psychothérapeutes étaient généralement invités à appliquer un modèle de traitement spécifique dont le cadre et la pratique diffèrent de

leur pratique habituelle en situation clinique non contrôlée où ils exercent un choix plus libre, ajusté et spontané des stratégies et interventions à mettre en œuvre avec leur client. C'est par l'intermédiaire d'évaluation de l'adhésion au manuel de traitement ou encore de mesures de l'intégrité thérapeutique qu'il est possible de déterminer dans quelle mesure les psychothérapeutes se conforment à un ensemble de conduites et d'actions ou si celles-ci se confondent parmi d'autres approches d'intervention. Plusieurs études démontrent, a contrario, que l'adhérence élevée du psychothérapeute à un modèle de traitement, voire rigide, est reconnue pour interférer avec le développement d'une bonne alliance thérapeutique et est davantage associée à de mauvais résultats psychothérapeutiques (p. ex., Henry et coll., 1993; Barber et coll., 2006; Castonguay et coll., 1996; Imel et Wampold, 2008; Wampold, 2001).

Plusieurs chercheurs concluent que même s'il est demandé aux psychothérapeutes d'appliquer un traitement spécifique encadré par un protocole ou un guide d'interventions, d'autres comportements cliniques se manifesteront à l'insu des évaluations, mesures et des liens causaux qui seront faits (Elkin et coll., 1989; Ablon et Jones, 2002; Goldfried et Wolfe, 1996; Kazdin, 2007, 2008). De plus en plus d'études démontrent la convergence qui existe entre les modes d'intervention des psychothérapeutes de différentes approches. Les approches de traitement partagent entre elles certaines pratiques et ne sont pas si distinctes et uniques, et ce, même avec l'utilisation des mesures d'intégrité ou d'adhérence thérapeutique (Ablon et Marci, 2004). Ces études comparatives font clairement ressortir que malgré l'allégeance théorique particulière des psychothérapeutes, en pratique les suivis de psychothérapie se confondent entre eux par l'utilisation de stratégies d'intervention des autres modèles psychothérapeutiques (p. ex., Ablon et Jones, 1998, 1999 et 2002; Castonguay et Beutler, 2006; Coombs, Coleman, et Jones, 2002; Jones et Pulos, 1993; Goldfried, Raue, et Castonguay, 1998; Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, et Hayes, 1996; Norcross et Goldfried, 2005; Serralta, Pole, Nunes, Eizirik et Olsen,

2010; Sheldler, 2010). L'intérêt à ce sujet est donc de mieux comprendre la contribution des psychothérapeutes à l'efficacité d'une psychothérapie en fonction des ajustements dans leurs techniques, conduites et manifestations de certaines qualités ou caractéristiques et suivant la rencontre singulière avec leur client ainsi que de toutes les données issues du contexte spécifique. Enfin, une psychothérapie ne peut être offerte de la même manière par tous les psychothérapeutes et chacun des psychothérapeutes n'est pas le même avec chacun de ses clients (Greenberg et Watson, 2006). À ce propos, Norcross et Wampold (2011) ont formulé des mises en garde au sujet de ce qui nuit au fonctionnement et risque de mettre en échec une psychothérapie dont notamment l'utilisation d'un mode relationnel ou d'une méthode de traitement identique d'un client à un autre ainsi que la rigidité du psychothérapeute (p. ex., un manque de flexibilité ou une structuration abusive) qui sont à la fois inappropriés et non éthiques.

En résumé, il est attendu que les psychothérapeutes efficaces soient les maîtres dans l'art d'entrer en relation, de développer et de maintenir une relation psychothérapeutique optimale et d'avoir développé des qualités personnelles, professionnelles et relationnelles permettant l'articulation d'une psychothérapie bien adaptée aux besoins et ressources de chacun de leur client. En recherche sur l'évaluation de la psychothérapie, il est primordial de développer nos connaissances sur les caractéristiques et les conduites du psychothérapeute qui lui permettent de s'ajuster dans ses savoirs-faire (p. ex., les interventions) et ses savoirs-être (p. ex., alliance, empathie, présence), moment par moment, aux caractéristiques, aux besoins et aux conduites de son client ainsi qu'aux différents contextes de rencontre dans la pratique clinique (p. ex., la télépsychothérapie).

1.2.4 La variable du client

Nous avons vu précédemment que le facteur du client est celui qui explique la plus grande part de variance de changement, soit 40% (Lambert, 1992; Lambert et coll., 1986). L'implication active du client dans le processus psychothérapeutique est cruciale et déterminante pour le succès de la psychothérapie et celui-ci opère continuellement une influence sur le psychothérapeute (Bohart et Tallman, 2010; Orlinsky et coll., 2004). Pourtant, plusieurs auteurs estiment que la variable du client est celle qui a été la plus négligée par les études d'efficacité focalisant sur les interventions et les résultats thérapeutiques (p. ex., Bohart et Tallman, 2010). Avec l'intégration des connaissances sur les différents facteurs actifs du processus psychothérapeutique, il convient dès lors de reconnaître le rôle central de la contribution du client, i.e. ses caractéristiques et ses conduites qui influenceront le déroulement et l'issue de sa psychothérapie. Si la relation psychothérapeutique en est le véhicule, pour Bohart et Tallman (2010), le client est le moteur du changement et c'est vers l'expérience du client qu'il devient intéressant de se tourner pour rechercher des réponses au sujet du changement en psychothérapie.

Il existe un champ de recherche distinct visant à démontrer l'importance et la diversité des caractéristiques des clients pouvant influencer le déroulement du processus et l'issue d'une psychothérapie. Ces caractéristiques dépassent les données exclusivement tirées du profilage diagnostique ou sociodémographique. D'ailleurs, un diagnostic ne peut représenter à lui seul les qualités, les ressources et les difficultés avec lesquelles le client se présente en psychothérapie ni le contexte particulier d'apparition de ses problématiques dans le passé et la manière dont elles se manifestent dans le présent (Messer, 2006). Il est également important de mentionner que les qualités et les difficultés du client affectent différemment la façon dont les traitements fonctionneront et certaines dispositions des clients répondent

différemment à l'application de modèles ou procédures spécifiques (Barber et Muenz, 1996; Beutler et coll., 1991; Calvert, Beutler et Cargo, 1988; Castonguay et Beutler, 2006; Cooney et coll., 1991; Norcross, 2002).

À ce sujet, Hanna (2002), a développé un modèle des principes du changement en psychothérapie incluant sept précurseurs qui concernent la contribution spécifique du facteur client. Ces précurseurs bénéficient tous de validation empirique et représentent des facteurs communs a-théoriques. Ils réfèrent à un ensemble de conditions nécessaires et interdépendantes pour que le changement puisse se produire. La présence ou l'absence de ces précurseurs et leurs interactions influencent la vitesse, l'intensité et l'ampleur du changement psychothérapeutique (Hanna et Ritchie, 1995). C'est sept précurseurs sont : (1) le sens de la nécessité (p. ex., le sentiment d'urgence ou le besoin du client), (2) la tolérance pour éprouver de l'anxiété ou la difficulté (p. ex., l'inconfort qui vient avec le changement et le niveau de résistance à celui-ci), (3) la conscience (p. ex., la reconnaissance de l'existence du problème et des différents niveaux d'expérience associés), (4) la capacité à faire face au problème (p. ex., l'observation et l'exploration active du problème), (5) les efforts et la volonté de changer (p. ex., l'énergie, l'engagement et les actions mises en place), (6) l'espoir du changement (p. ex., l'attente réaliste et la reconnaissance de solutions) et (7) le soutien social pour le changement (p. ex., des relations à des personnes bienveillantes et aidantes) (Hanna, 2002). En recherche, il devient intéressant de se tourner vers cette conceptualisation de la contribution du client afin de mieux comprendre et comparer entre eux les clients dans leur démarche de changement.

Ailleurs, dans la littérature, on retrouve également des caractéristiques associées à la contribution de la variable du client, soit la sévérité et l'intensité d'un trouble, la comorbidité, la motivation (implication et efforts), l'espoir de changement (effet placebo et optimisme), la résilience (potentiel d'auto-guérison et croissance

personnelle), les résistances (*versus* collaboration), l'expression d'agressivité, le style d'attachement, le style d'adaptation, l'ouverture (*versus* attitude défensive), les ressources internes (p. ex., forces du *self*, capacité d'expression, d'affirmation, d'introspection, d'élaboration émotionnelle et le niveau d'estime de soi), la perception de la psychothérapie et du psychothérapeute, les attentes et les préférences du client (envers la psychothérapie, les résultats et le psychothérapeute), l'environnement et la présence de relations de qualité (Bohart et Tallman, 2010; Bohart et Wade, 2013; Constantino, Ametrano, et Greenberg, 2012; Deci et Ryan, 1991; Diener et Monroe, 2011; Gassman et Grawe, 2006; Greenberg et Pinsof, 1986; Horvath et coll., 2011; Masten, 2001; Newman et coll., 2006; Orlinsky et coll., 2004; Prochaska, Norcross, et DiClemente, 1994; Snyder et coll., 1999; Swift, Callahan et Vollmer, 2011). Plusieurs de ces caractéristiques et facteurs sont interdépendants et agissent mutuellement les uns sur les autres pour influencer l'expérience de la psychothérapie et celle du changement.

La perspective qu'a le client de la nature de ses propres difficultés sera très utile pour le travail du psychothérapeute (Bohart et Tallman, 2010) : des études révèlent que la perception et l'évaluation qu'a le client de la relation psychothérapeutique et de son processus de changement sont plus fortement corrélées avec les résultats psychothérapeutiques que celles du psychothérapeute (p. ex., Busseri et Tyler, 2004). Plusieurs auteurs se sont aussi intéressés à élaborer des mesures d'évaluation s'adressant au client afin de suivre l'évolution de leur expérience psychothérapeutique et des différents facteurs précédemment nommés. Ces instruments permettent de retirer une meilleure connaissance de la satisfaction du client, ainsi que des manifestations et de l'évolution du processus de changement durant et après les séances de psychothérapie. Ils permettent également de suivre en continu l'effet de la psychothérapie sur les clients à l'aide de mesures telles que l'auto-évaluation du fonctionnement général, l'évolution symptomatologique et

l'expérience des séances de psychothérapie (p. ex., sa motivation, l'alliance thérapeutique, sa satisfaction). Pour des fins cliniques ou de recherche, ces évaluations servent l'intérêt du client pour qu'il obtienne une psychothérapie bien ajustée à ses besoins et pour comprendre ce qui est optimal au changement. Suivre pas à pas les changements du client et recueillir des rétroactions sur le processus de psychothérapie a un impact favorable à la fois sur l'issue de la psychothérapie, mais également sur le psychothérapeute (p. ex., Lambert et coll., 2003; Lambert et Shimokawa, 2011).

Les qualités et les caractéristiques du client entourant l'accès, l'expérience et la conscience de l'expérience émotionnelle représentent un autre facteur important pour favoriser le changement psychothérapeutique (Bohart et Wade, 2013). Les théories de Gendlin et de Rogers ont été les premières à élaborer diverses hypothèses à l'effet que l'élaboration de l'expérience subjective du client constituait une variable significative dans l'issue d'une psychothérapie. Plusieurs recherches cliniques, pour différents types de traitement, ont porté sur la notion de l'élaboration ou la régulation émotionnelle en lien avec le processus de changement psychothérapeutique du client. Quoiqu'il existe différentes perspectives théoriques sur l'importance de l'expérience et la focalisation des émotions aussi bien qu'il existe différentes vues sur l'origine et le rôle des émotions dans le dysfonctionnement psychologique et son traitement (Greenberg, 1996), il est démontré dans la documentation scientifique qu'il existe une forte relation entre l'élaboration de l'expérience émotionnelle du client, l'alliance thérapeutique et les bénéfices thérapeutiques (p. ex., Castonguay et Beutler, 2006; Castonguay et coll., 1996; Coombs, Coleman et Jones, 2002; Goldfried, Raue et Castonguay, 1998; Goldman, Greenberg et Pos, 2005; Greenberg, 2002; Greenberg et coll., 2007; Jones et Pulos, 1993; Pos, Greenberg et Warwar, 2010; Watson et Bedard, 2006). L'idée d'accéder à la souffrance d'un client et de l'explorer en psychothérapie implique une dimension expérientielle qui souligne l'importance de la

subjectivité de l'individu. Cette dimension expérientielle ou encore la notion d'*experiencing* ouvre sur la globalité et la complexité de l'expérience qu'a un individu de sa propre existence c'est-à-dire de ses affects, cognitions, perceptions et sensations (Gendlin, 1962).

En résumé, certaines caractéristiques des clients semblent les prédisposer à obtenir davantage de bénéfices de la psychothérapie (Bohart et Wade, 2013). Ces différentes caractéristiques sont susceptibles de nous éclairer au sujet de la diversité des trajectoires de changement, de leurs implications sur la compréhension du fonctionnement et de l'efficacité de la psychothérapie ainsi que sur la pratique du psychothérapeute dans les différents contextes de pratique clinique. La synthèse des caractéristiques des clients ci-haut mentionnées est présentée au tableau 1.2. Le lecteur remarquera des recoupements entre ces caractéristiques suivant la terminologie différente de certains auteurs pour des concepts similaires (p. ex., le sens de la nécessité et la motivation).

Tableau 1.2 Les caractéristiques des clients

Caractéristiques	Définitions
1. La nature des difficultés	<ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de détresse - La sévérité, l'intensité et la chronicité d'un trouble - La comorbidité
2. Le sens de la nécessité	<ul style="list-style-type: none"> - Le sentiment d'urgence - Les besoins du client - L'expression du désir de changement
3. La tolérance à éprouver de l'anxiété	<ul style="list-style-type: none"> - La capacité à tolérer l'inconfort qui vient avec le changement - Les résistances - La capacité à prendre des risques

Caractéristiques	Définitions
4. La conscience de soi	<ul style="list-style-type: none"> - La reconnaissance de l'existence du problème - La réflexivité - Les différents niveaux d'expérience - La capacité à identifier les pensées, les émotions, les comportements, etc.
5. La capacité à faire face au problème	<ul style="list-style-type: none"> - L'observation et l'exploration active du problème - La capacité à maintenir une attention soutenue face aux problèmes
6. La motivation	<ul style="list-style-type: none"> - Les efforts et la volonté de changer - L'énergie - L'engagement - Les actions mises en place - La collaboration active - La proactivité du client à l'extérieur de la psychothérapie
7. Les attentes et l'espoir du changement	<ul style="list-style-type: none"> - L'ouverture sur le futur - Les attentes réalistes - La reconnaissance de solutions - L'optimisme et l'humour
8. Les préférences du client	<ul style="list-style-type: none"> - La perception et les préférences envers la psychothérapie - La perception envers le psychothérapeute
9. La résilience	<ul style="list-style-type: none"> - Potentiel d'auto-guérison et de croissance personnelle
10. Le style d'attachement	<ul style="list-style-type: none"> - Les schèmes d'attachement sécure, évitant, ambivalent/résistant ou désorganisé
11. Les styles d'adaptation (<i>coping style</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Les stratégies et mécanismes d'adaptation dans le fonctionnement général
12. Les ressources internes	<ul style="list-style-type: none"> - Le niveau d'estime de soi - Les forces du self - La capacité d'expression - La capacité d'affirmation - La capacité d'introspection - Les habiletés au sujet de l'élaboration émotionnelle - L'ouverture versus la défensivité

Caractéristiques	Définitions
	<ul style="list-style-type: none"> - La créativité - Le niveau d'auto-critique - Le niveau de perfectionnisme
13. L'environnement et la présence de relations de qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Le soutien social pour le changement - Des relations à des personnes bienveillantes et aidantes

1.3 Nouveau contexte de pratique clinique : la télépsychothérapie en vidéoconférence interactive

Les facteurs communs et les autres variables associées au changement interagissent dans une dynamique complexe dans l'espace psychothérapeutique. Il devient donc intéressant d'évaluer ce qui se produit lorsque l'espace psychothérapeutique traditionnel de rencontre est appelé à changer. À cet égard, la recherche sur l'évaluation de la psychothérapie a, plus récemment, vu se transformer le portrait des différents contextes de pratique clinique avec l'apparition d'une nouvelle modalité de rencontre: la télépsychothérapie en vidéoconférence interactive. On a vu plus tôt comment les études d'efficacité ont connu différentes phases passant de la légitimation, de la compétition (entre les formes de psychothérapie), de la prescription (une méthode pour un trouble) à la compréhension, phase où l'on s'interroge davantage sur l'ensemble des variables qui contribuent au succès d'une psychothérapie (Grawe, 1997). Dans cette section, nous verrons comment la recherche sur la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive s'est également développée de manière similaire à travers ces phases et comment nous nous positionnons pour l'étude de celle-ci.

1.3.1 Du contexte traditionnel de rencontre à l'émergence d'un nouveau contexte de psychothérapie : la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive

Il existe différents contextes de pratique de la psychothérapie. Celle-ci est généralement accessible dans les différentes institutions et organisations comme les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les hôpitaux psychiatriques ou l'hôpital général de la région, les cliniques médicales et de services spécialisés, en milieu public à l'interne ou en externe, en situation d'hospitalisation, en milieu communautaire, en résidence, en centre de réadaptation ou d'hébergement, dans le milieu privé, dans les services à domicile ou au chevet, via un programme d'aide aux employés en externe ou dans les bureaux à même l'entreprise, en prison ou dans une organisation comme les écoles du primaire jusqu'à l'université et dans l'armée. Pour chacun de ces lieux de services et espaces de rencontre, il est pertinent de se demander si le contexte de soins est favorable et ne pose pas obstacle au bon déroulement du processus de la psychothérapie. Avec les ressources et le financement en santé publique souvent revus à la baisse alors que les demandes s'accroissent, les professionnels sont appelés à en faire plus avec bien souvent moins. Faute de ressources et d'accessibilité, une personne pourrait avoir besoin des services d'un ou de plusieurs professionnels spécialisés, mais ne pas recevoir à temps ce dont elle a besoin. Au Québec, il existe bel et bien des enjeux critiques dans l'accessibilité à la gamme complète et la diversité des offres de services de la psychothérapie. Sachant que 20% de la population canadienne est touchée par des problèmes de santé mentale (Smetanin et coll., 2011) et qu'une partie de cette population n'obtient pas l'aide nécessaire ou patiente longuement sur des listes d'attente, il importe d'imaginer des espaces d'aide allant systématiquement au-devant de ces personnes. Le recours à des services de psychothérapie de qualité peut notamment contribuer à influencer le développement ou la chronicisation d'un trouble, réduire la durée des souffrances et

éviter les complications graves, tant physiques que psychologiques, qui ont une incidence sur la personne, ses relations et son lien à la société (OPQ, 2014).

Depuis toujours, l'être humain, dans ses interactions au monde, crée et modernise ses instruments pour s'adapter à son environnement. L'utilisation de l'internet et des technologies en est un bon exemple, utilisé pour le réseautage et la diversité de ses pouvoirs et fonctions, dont la communication (p. ex., courriel, forum de discussion, réalité virtuelle, téléphonie, application mobile éducative, vidéoconférence) et la recherche d'informations qui fait maintenant partie intégrante de la culture actuelle. L'internet et les réseaux utilisent un protocole de communication qui permet des interactions sociales en temps réel et rend accessible au grand public des services comme celui de la vidéoconférence interactive. L'émergence et l'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé mentale et des services psychologiques représentent un phénomène en rapide évolution depuis les quinze dernières années. La télépsychologie regroupe des services d'évaluation, d'intervention, de consultation et de supervision ainsi que des services d'enseignement et de formation en plus de l'utilisation de l'internet pour des communications par courriel, téléphonique, des applications mobiles ou de messagerie interactive.

La télépsychothérapie par vidéoconférence interactive a initialement été développée dans le but d'améliorer l'accessibilité à la psychothérapie lorsque la proximité fait défaut, l'état de santé pose un obstacle ou lorsque la mobilité est restreinte. La télépsychothérapie s'est graduellement implantée et a transformé le portrait des soins et services de santé pour offrir des services de psychothérapie répondant à des besoins spécifiques des clients et pour rejoindre les communautés dans les régions éloignées des grands centres urbains, là où il n'y a pas ce service disponible. Quoiqu'il n'existe pas de données précises sur son utilisation au Québec, un nombre croissant de

psychothérapeutes ont recours à la technologie dans leur pratique de la psychothérapie pour faire la prestation de services à distance (Baker et Bufka, 2011 dans OPQ, 2013).

En 2013, l'Ordre des psychologues du Québec a adopté le guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie, d'abord publié par l'APA aux États-Unis, pour encadrer la pratique dans ce domaine. Dans ce guide, on définit la télépsychologie comme la prestation de services psychologiques à distance à l'aide des technologies des télécommunications dont fait partie la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive (OPQ, 2013). Cette modalité de rencontre permet des consultations psychothérapeutiques à distance où le client et le psychothérapeute sont dans des lieux différents tout en conservant une interaction simultanée en temps réel. Le contact par vidéoconférence interactive permet ainsi l'expérience de l'immédiateté et de la continuité dans le dialogue et les échanges. Les avancées dans l'utilisation de l'internet en santé soulèvent toutefois plusieurs préoccupations et problématiques, notamment concernant des aspects éthiques et déontologiques de la pratique (p. ex., consentement, confidentialité et respect de la vie privée) ainsi que des aspects entourant l'équité, l'acceptabilité et la qualité des services offerts (p. ex., la compétence des psychothérapeutes).

1.3.2 Les études centrées sur les résultats de la télépsychothérapie en vidéoconférence interactive

À ce jour, plusieurs recherches ont porté sur l'utilisation de la vidéoconférence interactive dans différents domaines tels que la télémédecine, la télépsychiatrie et la télépsychologie. La télépsychothérapie dispose, elle aussi, d'un bassin de recherches de plus en plus large pour l'évaluation de cette récente modalité de rencontre dans la pratique clinique. Dans la littérature sur le sujet de la télépsychologie, il est possible

de regrouper différents champs de recherche, notamment les études portant sur l'éthique, la déontologie et les considérations légales, les études de faisabilité et fiabilité, les études touchant l'analyse des coûts, l'étude de populations spéciales, les études de satisfaction, les études sur les résultats cliniques, les études sur le processus et les études pour l'utilisation de nouvelles applications ou nouveaux programme (Richarson, 2012). De toutes les recherches disponibles, il est important de bien distinguer les recherches faisant l'évaluation de la télépsychothérapie offerte par vidéoconférence interactive des autres recherches évaluant des traitements basés sur internet (p. ex., interventions assistées par la technologie, logiciel d'auto-assistance) impliquant un programme d'intervention utilisé de manière relativement autonome par le client avec ou sans guidance de la part du psychothérapeute.

Des revues de littérature et des méta-analyses sur la pratique de la télépsychothérapie par vidéoconférence font état de la faisabilité et l'acceptabilité de la vidéoconférence interactive ainsi que d'une équivalence générale entre les résultats thérapeutiques obtenus avec ceux dans le contexte de rencontre en face-à-face et ce, pour différentes problématiques de santé mentale (p. ex., troubles anxieux, état de stress post-traumatique (ÉSPT), dépression, problématique suicidaire, trouble alimentaire, dépendances aux substances) et pour différentes clientèles (Backhaus et coll., 2012; Barak et coll. 2008; Grady, Myers et coll., 2011; Gros et coll., 2013; Hilty et coll., 2013; Nelson et Duncan, 2015; Osenbach et coll., 2013; Richardson et coll., 2009; Simpson, 2009). Malgré la distance physique, la télépsychothérapie par vidéoconférence est tout aussi sécuritaire lorsqu'il est question de faire la gestion de crise suicidaire et de coordonner les services d'urgence dans le traitement de symptômes dépressifs (Gros et coll., 2011a; Gros et coll., 2011b). Le trouble de santé mentale ayant été le plus étudié avec la modalité de rencontre par vidéoconférence est le trouble de stress post-traumatique comptant plusieurs études sur la clientèle des vétérans de la guerre et d'autres traumatismes de toutes natures (Frueh et coll., 2007;

Germain et coll., 2009; Gros et coll., 2011a; Gros et coll. 2011c; Morland et coll., 2009; Strachan et coll., 2012; Tuerk et coll., 2010). Dans l'ensemble, la documentation disponible supporte et recommande l'utilisation de la télépsychothérapie pour l'offre de traitements validés empiriquement dont la majorité utilise une approche d'intervention cognitive-comportementale (Nelson et Duncan, 2015). La grande majorité des études dont il est question dans les revues de littérature et des méta-analyses mettent de l'avant des traitements d'approche théorico-clinique cognitive-comportementale dont la durée du suivi est relativement courte. Ainsi, le constat est sans appel, le domaine de la télépsychothérapie est largement dominé par les perspectives théoriques behaviorale et cognitiviste qui préconisent davantage l'utilisation d'hypermédias (Herbert, Rioux et Brunet, 2012).

Les conclusions sur l'efficacité des traitements spécifiques offerts en vidéoconférence interactive, avec des clientèles spécifiques, comportent les mêmes limites que les données de recherches sur l'efficacité de la psychothérapie en face-à-face lorsqu'elles excluent l'étude des variables relationnelles. Il est donc important d'être prudent quant à notre interprétation des recherches sur l'efficacité des traitements de télépsychothérapie par vidéoconférence interactive. En résumé, la plupart des études ont porté sur l'évaluation de la faisabilité de la télépsychothérapie. Des résultats favorables chez les clients ont été obtenus suivant des interventions psychothérapeutiques spécifiques. Toutefois, n'oublions pas que la modalité de rencontre représente l'environnement thérapeutique à partir duquel est défini le cadre de l'interaction et où prend forme la psychothérapie. Ainsi, la vidéoconférence interactive peut être considérée comme une modalité ou une condition de rencontre non spécifique, où le psychothérapeute et son client s'adaptent dans leurs contacts et interactions tout au cours du processus psychothérapeutique. Plus récemment, quelques études ont porté sur le processus de changement, les variables relationnelles et l'incidence de la télépsychothérapie sur ceux-ci.

1.3.3 Les études centrées sur l'évaluation du processus psychothérapeutique lors de la télépsychothérapie

Nous avons constaté que les études sur la télépsychothérapie par vidéoconférence ont porté pour la plupart sur l'étude de l'efficacité psychothérapeutique en validant une approche de traitement psychologique spécifique. Peu de variables relationnelles ont été étudiées. Dans le domaine de la télépsychothérapie, seulement 1,3% des recherches ont fait l'étude de la relation psychothérapeutique (Sucala et coll., 2012). De ce groupe restreint de recherches, ce n'est qu'une fraction encore plus petite d'études qui avaient pour objectif principal l'étude du processus psychothérapeutique. Dans la récente revue de littérature de Simpson et Reid (2014), la proportion est encore plus petite, soit 23 études sur 9915 dont 18 études avec des adultes en télépsychothérapie individuelle. Pourtant, les données sur l'alliance thérapeutique sont claires au niveau de sa valeur prédictive du succès psychothérapeutique et l'étude de celle-ci constitue une riche source de connaissances ayant un haut niveau de validité écologique (Simpson et Reid, 2014). Il est utile de se rappeler que l'alliance thérapeutique est tout aussi importante même lorsqu'il est question d'un traitement utilisant l'internet pour supporter des rencontres qui ne se font pas de manière traditionnelle en face-à-face (Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011). D'ailleurs, il semble qu'une relation psychothérapeutique de qualité, telle que perçue par les clients, soit possible même lorsque les contacts sont limités avec le psychothérapeute et à distance suivant l'utilisation de la vidéoconférence (Cavanagh et Millings, 2013). Pour la plupart des études comparatives ayant évalué l'incidence de la télépsychothérapie sur la relation psychothérapeutique, elles se sont surtout concentrées sur la mesure du niveau de satisfaction des clients et des psychothérapeutes ainsi qu'à la mesure de l'alliance thérapeutique.

Ensemble ces études comparatives montrent qu'il existe une forte satisfaction des clients notamment pour ceux dont le service n'était pas disponible autrement ou

encore pour ceux qui auraient dû parcourir une très longue distance pour obtenir ces services et une satisfaction de modérée à élevée pour les psychothérapeutes (p. ex., Mallen, Vogel, Rochlen, et Days, 2005; Morgan et coll., 2008; Richardson et coll., 2009). Conformément à ce que l'on retrouve dans un certain nombre d'études, les clients sont souvent plus confortables et satisfaits de recevoir le service de télépsychothérapie que les psychothérapeutes le sont à fournir ce service (Glueck, 2013). Toutefois, il est difficile de conclure dans quelle proportion ce confort et cette satisfaction proviennent de la relation affective au psychothérapeute ou des changements obtenus. Même avec des niveaux élevés de satisfaction chez les clients comme chez les psychothérapeutes, il n'en demeure pas moins que nous en savons très peu sur ce qui semble être le plus optimal pour les clients durant la télépsychothérapie (Simpson, 2009).

Malgré la persistance des préjugés au sujet de l'incidence de cette modalité de rencontre sur la relation psychothérapeutique, il a été montré qu'il est possible de développer une alliance thérapeutique de bonne qualité lors de la télépsychothérapie individuelle avec des adultes de manière comparable au contexte de psychothérapie en face-à-face (Backhaus et coll., 2012; Bouchard et coll., 2004; Ertelt et coll., 2011; Frueh et coll., 2007; Germain et coll., 2010; Gros et coll., 2013; Knaevelsrud et Maercker, 2006; Morgan, Patrick et Magaletta, 2008; Nelson et Duncan, 2015; Ruskin et coll., 2004; Sucala et coll., 2012), à travers toute une gamme de groupes de clients présentant différents diagnostics (Simpson et Reid, 2014) et ce, peu importe l'orientation théorique de l'approche de traitement (Richardson, Reid et Dziurawiec, 2015). Dans l'ensemble, les études montrent que les mesures de l'alliance chez les clients sont élevées et ce, à travers les différents groupes diagnostiques et d'approches d'intervention (Simpson et Reid, 2014). Les mêmes mesures complétées par les psychothérapeutes sont quant à elle d'un niveau modéré à élevé pour la télépsychothérapie (Simpson et Reid, 2014). Les études ont également montré des

scores élevés aux échelles de mesure du lien affectif entre le client et son psychothérapeute dans la phase initiale de traitement. Plus spécifiquement, il est possible de transmettre et ressentir l'empathie, d'installer une ambiance chaleureuse, de développer un profond niveau d'attachement et de faire l'expérience d'émotions avec tout autant de profondeur dans le contexte de la télépsychothérapie (Simpson et Reid, 2014). Au sujet de l'expérience de la distance et du sentiment de présence, des études ont révélé que pour les clients faisant l'expérience d'un haut niveau de honte ayant un style adaptatif de nature évitante et pour ceux présentant un fort besoin de contrôle, la télépsychothérapie par vidéoconférence représente un environnement de rencontre moins intimidant, plus sécuritaire et fertile au développement d'une bonne alliance thérapeutique (Bouchard et coll., 2004; Simpson et Slowey, 2011; Yuen et coll., 2013).

Dans la majorité des études, l'alliance thérapeutique est mesurée une seule fois durant le processus psychothérapeutique et auprès du client seulement (Sucala et coll., 2012). Quelques études dont celle de Richardson et ses collaborateurs (2015) se sont toutefois démarquées pour leurs mesures répétées de l'alliance thérapeutique et celles de la satisfaction des clients et des psychothérapeutes lors de chaque séance. Cette étude avait comme objectif principal d'étudier l'expérience du client et du psychothérapeute lors de la télépsychothérapie. Les résultats montrent des scores robustes sur les mesures de l'alliance thérapeutique chez les clients et les psychothérapeutes, avec des scores plus élevés chez les psychothérapeutes lorsque les deux groupes étaient comparés. Selon ces auteurs, quoiqu'il existe des défis spécifiquement associés à la technologie, les enjeux du développement et du maintien de la relation psychothérapeutique entre le client et son psychothérapeute existent bel et bien et de manière équivalente autant lors de la télépsychothérapie que lors de la psychothérapie traditionnelle en face-à-face.

Les études portant sur l'incidence de l'aspect technologique sur l'alliance thérapeutique se sont généralement intéressées au lien entre celui-ci et la fluctuation de la qualité de la vidéoconférence interactive (p. ex., la qualité de la diffusion de l'image, les distorsions dans le son ou une interruption dans la communication). Richardson (2012), Morgan et ses collaborateurs (2008) rapportent que le succès de la télépsychothérapie dépend beaucoup plus de la manière dont le psychothérapeute et le client vont s'adapter ensemble à la technologie plutôt qu'aux enjeux technologiques en soi. Glueck (2013) rappelle que les psychothérapeutes doivent être conscients que lorsqu'ils utilisent la télépsychothérapie, leurs compétences relationnelles et de communication sont les mêmes que celles utilisées dans le contexte de rencontre en face-à-face. Habituellement, avec une bonne qualité de l'image et du son en vidéoconférence et une connexion internet à haute vitesse, les psychothérapeutes ont accès aux mêmes observations subtiles notamment au niveau des affects du client, les expressions faciales, les manifestations non-verbales et le contact visuel, la gestuelle et les mouvements du corps, l'ambiance émotionnelle et l'apparence physique (Glueck, 2013). Lors d'un sondage auprès d'experts dans le domaine de la télépsychothérapie, ceux-ci ont révélé que quoiqu'il existe des résultats similaires entre la télépsychothérapie et la psychothérapie en face-à-face, des ajustements thérapeutiques sont nécessaires dans la pratique en vidéoconférence notamment le style de communication (p. ex., le rythme et la prise de parole, la détection des manifestations non-verbales) (Gros et coll., 2013). Dans deux études récentes, Bischoff et ses collaborateurs (2004) et Tuerk et ses collaborateurs (2010) ont fait ressortir les compétences particulières et les ajustements des psychothérapeutes à leur client lors de l'utilisation de la vidéoconférence pour la télépsychothérapie (Simpson et Reid, 2014). Ces compétences touchent des qualités telles que le style thérapeutique adaptatif, la créativité, la flexibilité et la préparation avant les rencontres et des conduites comme l'exagération des réponses non-verbales de manière à ce qu'elles soient plus perceptibles (p. ex., la voix et la gestuelle), le fait de poser davantage de questions, la recherche de rétroaction sur la signification des

expressions faciales et le langage corporel et l'ajustement dans le rythme de prise de parole ainsi que l'offre d'une rencontre préliminaire en face-à-face pour débiter la démarche de psychothérapie.

En résumé, quoiqu'il existe des préoccupations de la part des psychothérapeutes au sujet de leur capacité à bien observer le langage du corps, à discerner les manifestations subtiles de la communication non-verbale ainsi qu'au sujet du rapport plus artificiel et d'une communication moins spontanée, le développement de l'alliance thérapeutique, l'expression et la reconnaissance de l'empathie ainsi qu'une expérience de psychothérapie satisfaisante pour le client demeurent possibles en plus de résultats équivalents à la modalité de rencontre en face-à-face (Germain et coll., 2010; Morgan et coll., 2008; Richardson, 2012; Richardson et coll., 2015).

1.4 Limites des connaissances actuelles

Lorsqu'il est question de modifier le contexte traditionnel de rencontre pour mener une psychothérapie, il est pertinent de se questionner sur l'incidence que cette modification peut avoir sur le processus psychothérapeutique. À ce jour, il existe peu de données sur les caractéristiques différenciant, entre eux, les clients qui obtiennent de bons résultats lors d'une télépsychothérapie ou sur le profil caractéristique des psychothérapeutes qui offrent ce service et participent à ces bons résultats (Nelson, Duncan et Lillis, 2013). La documentation n'amène que peu d'informations au sujet du portrait général de l'expérience relationnelle lors d'une psychothérapie en vidéoconférence ainsi que sur la manière dont cette expérience soutenue par l'application d'une nouvelle technologie peut offrir une expérience relationnelle réparatrice comparable à celle vécue dans un rapport en face-à-face. Quoique le bon fonctionnement général de la télépsychothérapie apparaisse comme raisonnablement

bien établi selon la documentation scientifique, les données sur les variables associées au processus psychothérapeutique et contribuant au succès thérapeutique demeurent limitées notamment au sujet de la relation psychothérapeutique et de la nature des interactions entre le psychothérapeute et son client, soit leurs caractéristiques et conduites.

1.5 Objectifs

Les objectifs de l'étude sont de décrire et de comparer les caractéristiques de la relation psychothérapeutique, celles du psychothérapeute et celles du client en fonction : (1) des conditions de rencontre, soit la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive et la psychothérapie en face-à-face et (2) de l'amélioration symptomatique des clients, soit ceux qui s'améliorent *versus* ceux qui ne s'améliorent pas. Cela nous permettra d'une part d'évaluer si l'utilisation de la vidéoconférence a une incidence sur les variables du processus psychothérapeutique et d'autre part d'identifier les différences et les similitudes du processus psychothérapeutique selon deux conditions de rencontre ainsi que selon les groupes de clients présentant ou non une amélioration symptomatique. Nous avons regroupé les questions de recherche sous-jacentes à ces objectifs pour les énoncer :

- 1- La variable de la relation psychothérapeutique : Décrire et comparer l'expérience relationnelle de la psychothérapie selon les deux conditions de rencontre et de l'amélioration symptomatique des clients.
 - a. Est-il possible d'observer des similitudes et des différences entre les dyades au sujet de l'alliance thérapeutique et de l'évaluation des séances selon les conditions de rencontre et des groupes de clients?

- b. Est-il possible d'observer des fluctuations de l'alliance thérapeutique à travers le processus psychothérapeutique?

2- La variable du psychothérapeute : Décrire et comparer les caractéristiques et les conduites des psychothérapeutes selon les deux conditions de rencontre et de l'amélioration symptomatique des clients.

- a. Est-il possible d'observer des similitudes et des différences chez les psychothérapeutes selon les conditions de rencontre et des groupes de clients?
- b. Est-il possible d'observer l'ajustement des psychothérapeutes dans leur approche de traitement selon les conditions de rencontre et des groupes de clients?

3- La variable du client : Décrire et comparer les caractéristiques et les conduites des clients selon les deux conditions de rencontre et de l'amélioration symptomatique des clients.

- a. Est-il possible d'observer des similitudes et des différences entre les clients selon les conditions de rencontre et des groupes de clients?
- b. Qu'en est-il de la dimension de l'expérience émotionnelle?

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre a pour objectif de présenter l'ensemble des éléments de méthodologie qui ont encadré cette recherche. Nous allons d'abord présenter le type de recherche que nous avons choisi. Ensuite nous présenterons les caractéristiques de l'échantillon principal duquel provient notre échantillon de recherche actuel. Consécutivement, nous présenterons les caractéristiques de l'échantillon de recherche de cet essai ainsi que les procédures de la recherche. Finalement, nous présenterons les différents instruments de mesure utilisés et les analyses statistiques.

2.1 Type de recherche

L'approche de cette recherche est exploratoire et la méthodologie est à devis quantitatif. Ce type de recherche a été privilégié puisqu'il constitue une approche adaptée pour répondre à nos objectifs et questions visant l'exploration, la description et la comparaison des variables à l'étude.

2.2 Spécification de l'échantillon de recherche principal

Cet essai s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus large qui est le fruit d'une collaboration entre l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), le Centre d'étude du trauma (CÉT), le Laboratoire de cyberpsychologie de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et le Laboratoire de recherche sur les processus psychothérapeutiques de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM).

Notre échantillon de recherche est issu de la banque de données de l'échantillon principal de ce projet de recherche qui visait à évaluer l'efficacité et l'alliance thérapeutique lors d'une psychothérapie cognitive-comportementale administrée en vidéoconférence pour traiter des individus présentant un état de stress post-traumatique (ÉSPT) (Germain, 2008; Germain et coll., 2009; Germain et coll., 2010).

L'échantillon principal comprend 46 participants souffrant d'un ÉSPT, dont 17 personnes qui ont été suivies en vidéoconférence et 29 personnes qui ont été suivies en face-à-face. Les participants qui ont été assignés à la psychothérapie individuelle administrée en vidéoconférence ont été recrutés à Hull à la Clinique des troubles anxieux du Centre hospitalier Pierre-Janet et les participants qui ont bénéficié d'une psychothérapie en face-à-face ont été recrutés à Montréal au CÉT de l'IUSMM. Les participants devaient tous présenter un diagnostic principal d'ÉSPT à l'axe 1 du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). Deux entrevues d'évaluation ont eu lieu préalablement au traitement. Elles ont toutes été faites en face-à-face à Hull et à Montréal par un professionnel de la santé mentale supervisé par un psychiatre. Ces deux entrevues d'évaluation incluaient une entrevue diagnostique semi-structurée à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID IV) (First, Spitzer, Gibbon, et Williams, 1996) afin de s'assurer de la présence d'un ÉSPT et d'évaluer la présence de troubles comorbides. Les participants ont ensuite été dirigés vers une des deux conditions de rencontre. Tous les participants recrutés dans la région de l'Outaouais ont été assignés à la condition de rencontre en vidéoconférence. La procédure d'assignation aléatoire n'a pu être utilisée.

Sur le plan des critères d'inclusion et d'exclusion pour le recrutement de l'échantillon principal, les participants devaient être âgés entre 18 et 65 ans et répondre aux critères diagnostiques de l'ÉSPT. Afin d'augmenter la validité interne, les participants recrutés ont consenti à ne pas mener une autre psychothérapie durant l'administration

du traitement en plus de ne pas avoir suivi un traitement cognitif-comportemental au cours de la dernière année. Les participants ont aussi accepté de maintenir la prise de leur médication et de ne pas débiter l'utilisation de nouvelle médication durant toute la durée du traitement. Les critères d'exclusion suivants avaient été retenus : un diagnostic principal autre que celui de l'ÉSPT à l'axe 1, un diagnostic secondaire sévère ou chronique, notamment la présence d'un trouble de personnalité, d'un retard mental, de troubles organiques cérébraux ou la présence d'une condition physique rendant difficile la participation à l'étude comme un problème d'acuité visuelle ou un problème auditif.

2.2.1 Le protocole de traitement

Une psychothérapie d'approche cognitive-comportementale a été administrée à raison d'une rencontre de 60 minutes par semaine pour une durée variant entre 16 et 25 semaines. Les participants dans les deux conditions de rencontre ont suivi une psychothérapie prévue selon quatre modules distincts. Le protocole d'intervention était basé sur la théorie psychopathologique sous-jacente au modèle psychothérapeutique de Foa (2000). Les quatre modules sont : (1) la psychoéducation sur le ÉSPT (p. ex., enseignement sur les symptômes et les facteurs de maintien de la souffrance, renforcement de l'espoir et du sentiment d'efficacité personnelle), (2) l'entraînement à la gestion de l'anxiété (p. ex., respiration diaphragmatique, restructuration cognitive et gestion des émotions pénibles), (3) l'exposition en imagination (p. ex., au récit de l'évènement) et l'exposition *in vivo* (stimuli internes ou externes) et (4) les stratégies de prévention de la rechute. Durant le module d'introduction (module 1), les psychothérapeutes présentaient les tâches thérapeutiques à accomplir en dehors des séances de psychothérapie (p. ex., des lectures, des exercices à faire et de la documentation à compléter).

Afin de s'assurer de l'adhésion des psychothérapeutes aux procédures du traitement utilisées dans le protocole de recherche, l'intégrité thérapeutique a été mesurée par des assistants de recherche sur l'échantillon de recherche principal. Cette évaluation a été faite à partir d'une grille de techniques approuvées (voir l'annexe A) par le protocole de traitement lors du visionnement. L'évaluation de l'intégrité thérapeutique a été évaluée sur 25% de l'échantillon à partir de l'écoute aléatoire des enregistrements des séances de psychothérapie.

Les psychothérapies ont été administrées par quatre psychothérapeutes ayant en moyenne cinq années d'expérience dans l'approche de traitement cognitif-comportemental et présentant une bonne connaissance de l'ÉSPT. Tous les psychothérapeutes ont offert des traitements dans chacune des deux conditions afin de diminuer les biais potentiellement attribuables aux caractéristiques personnelles du psychothérapeute. Les psychothérapies ont été menées à partir de cliniques spécialisées de l'IUSMM, du CÉT et du Laboratoire de cyberpsychologie de l'UQO. En vue de familiariser les psychothérapeutes avec la vidéoconférence, ils ont tous reçu une session de formation afin de bien comprendre le fonctionnement et les procédures à suivre en cas de problèmes techniques. Des supervisions étaient offertes au besoin par un psychothérapeute de plus de 20 ans d'expérience dans le domaine de l'ÉSPT. Toutefois, aucune donnée n'a été recueillie afin de connaître dans quelle proportion ou quels sont les psychothérapeutes qui s'en sont prévalus. Toutes les séances ont été enregistrées, soit sur des cassettes audio pour les rencontres en face-à-face et en vidéo VHS pour les rencontres en vidéoconférence.

En ce qui concerne les séances qui ont eu lieu en vidéoconférence, différentes mesures ont été prises afin de résoudre le plus rapidement possible les problèmes techniques potentiels. Une personne-ressource était toujours présente afin d'accueillir les participants, d'apporter une assistance, de veiller au bon fonctionnement de la

technologie et de recueillir les questionnaires. Il y avait également un téléphone à la disposition du client et du psychothérapeute dans le cas où des difficultés techniques interrompaient une séance.

2.3 Procédures de sélection pour l'échantillon de recherche de la présente étude

Pour répondre à notre objectif de recherche, la transcription des séances de psychothérapie en verbatim a fait partie du canevas méthodologique de base de notre échantillon de recherche. Voici les critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection de l'échantillon ainsi que la procédure entourant le choix des rencontres à transcrire et le protocole de transcription.

2.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion pour les transcriptions en verbatim

À partir de l'échantillon de recherche principal de 46 participants, nous avons procédé à un premier tri du matériel afin de retenir les enregistrements audio et vidéo de qualité qui permettait une transcription du verbatim des séances. La qualité des enregistrements audio et vidéo a été déterminée en fonction de la possibilité d'identifier à la fois le client, le psychothérapeute ainsi que le numéro de la séance, l'audibilité du matériel et le fait que les séances étaient enregistrées du début à la fin. Suivant ces critères, 17 participants ayant mené une psychothérapie en face-à-face ont été retenus ainsi que 10 participants ayant mené une psychothérapie en vidéoconférence. De ces 27 participants, la sélection des enregistrements a été faite par un tirage de manière aléatoire, pour chacune des deux conditions de rencontre, afin de procéder aux transcriptions du verbatim des séances. Notre échantillon final de recherche comporte huit démarches psychothérapeutiques (huit dyades) : quatre

ayant suivi une psychothérapie en vidéoconférence et quatre ayant suivi une psychothérapie en face-à-face. On dénombre trois psychothérapeutes différents ayant mené les psychothérapies. Ce nombre a été établi en fonction de la lourdeur et le temps accordé au processus de transcription ainsi qu'en fonction de l'absence de budget de recherche pour effectuer cette tâche.

2.3.2 Le choix des cinq rencontres à l'étude

Cinq rencontres de psychothérapie ont été transcrites pour chaque dyade psychothérapeute-client afin de faire un suivi chronologique des différentes dimensions du processus psychothérapeutique dans son ensemble et afin de représenter les trois phases successives de la psychothérapie, soit la phase initiale, d'intervention et terminale. Pour la phase initiale de la psychothérapie, le premier temps de mesure correspond à la première séance et le deuxième temps de mesure correspond à la cinquième séance de psychothérapie (module 1). Pour la phase d'intervention de la psychothérapie, le troisième temps de mesure correspond à la séance précédant le début des stratégies psychothérapeutiques d'exposition en imagination ou *in vivo* (module 2). Encore dans la phase d'intervention, le quatrième temps de mesure correspond à une séance pendant l'application des stratégies d'exposition (module 3). Pour la sélection du troisième et du quatrième temps de mesure, nous nous sommes référés aux notes d'évolution clinique pour déterminer les séances visées. Pour le quatrième temps de mesure, nous avons déterminé la séance médiane entre le numéro de séance du troisième temps de mesure et la séance finale de psychothérapie. Cette méthode nous a permis d'éviter les biais d'une sélection influencée par l'écoute intégrale des rencontres de psychothérapie. Finalement, le cinquième et dernier de temps mesure correspond à la dernière séance de psychothérapie afin de représenter la phase finale (module 4) et la conclusion du

traitement. Notre échantillon de recherche final comporte donc 40 verbatim représentant 40 séances de psychothérapie pour les analyses.

Le tableau 2.1 présente le numéro des cinq rencontres de psychothérapie transcrites pour les huit dyades (psychothérapeute-client) dans chacune des conditions de rencontre. Ces numéros de rencontre correspondent généralement aux séances où nous avons procédé aux évaluations du processus psychothérapeutique que nous présenterons plus bas. Le numéro des séances varie d'un suivi à l'autre selon le processus psychothérapeutique propre aux dyades psychothérapeute-client ainsi que selon les conditions optimales de transcription.

Tableau 2.1 Les numéros des séances de psychothérapie pour chaque temps de mesure

Cond.	# client	Les numéros de séance pour chaque temps de mesure				
		Temps 1	Temps 2	Temps 3	Temps 4	Temps 5
VC	1	1	5	7	16	24
	3	2	5	8	17	22
	6*	1	5	11	17	19
	8	1	6	8	16	21
FF	4	1	5	6	13	23
	5	1	5	8	14	22
	2	1	5	8	14	20
	7	1	5	6	12	17

Notes : Cond. = conditions de rencontre; VC = vidéoconférence; FF = face-à-face; * = la stratégie d'exposition n'a pas été utilisée.

2.3.3 Protocole de transcription en verbatim

Suite à la sélection des séances à l'étude, la transcription en verbatim de chacune de ces séances s'est faite selon un protocole précis. Ce protocole de transcription a été élaboré afin d'encadrer les transcrip-teurs dans leur travail de manière à préserver la nature même du dialogue et tirer un maximum de représentativité des interactions entre le psychothérapeute et son client. Ce protocole a été élaboré par le groupe de chercheurs du Laboratoire de recherche sur les processus psychothérapeutiques de l'UQÀM. Il s'adresse exclusivement aux échanges audibles ainsi qu'aux pauses dans le dialogue durant les séances de psychothérapie. Tout ce qui était du registre des manifestations non-verbales n'a pas été retenu et ne fera l'objet d'aucune analyse. Ce protocole s'applique aux enregistrements audio et vidéo. La transcription des enregistrements en verbatim a été effectuée avec une équipe d'assistants de recherche supervisés par l'auteure de cet essai. Toutes les données nominatives ont été retirées afin de préserver un maximum d'anonymat. L'annexe B présente le protocole de transcription des enregistrements des séances de psychothérapie.

2.4 Instruments de mesure

2.4.1 Instruments pour l'évaluation symptomatologique

Quatre instruments de mesure ont été choisis pour procéder à l'évaluation symptomatologique : le *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-IV), l'échelle modifiée des symptômes de l'ÉSPT (EMST), l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) et l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI).

2.4.1.1 *Structured Clinical Interview for DSM-IV : SCID-IV*

Le SCID-IV (First, Spitzer, Gibbon, et Williams, 1996) a été utilisé dans la phase prétraitement afin d'établir le diagnostic de l'ÉSPT et d'évaluer la présence de comorbidité psychiatrique lors de l'élaboration de l'échantillon de recherche initial. Des entrevues semi-structurées ont été administrées par des assistants de recherche ayant préalablement suivi une formation sur le SCID-IV. La présence des critères diagnostiques a été cotée sur une échelle en trois points allant de « absence » à « présence » des symptômes. Le coefficient Kappa se situe entre 0,68 et 0,93 (Skre, Onstad, Torgersen, et Kringlen, 1991). Cet instrument de mesure d'évaluation diagnostique a été utilisé dans plusieurs études auprès de populations ayant un ÉSPT (Keane et coll. 1998).

2.4.1.2 Échelle modifiée des symptômes de l'ÉSPT : EMST (Trad. Stephenson, Brillon, Marchand et Di Blasio, 1995)

L'EMST est une traduction française du questionnaire *Modified PTSD Symptom Scale* (Resick, Falsetti, Resnick, et Kilpatrick, 1991). C'est un questionnaire auto-administré mesurant la fréquence et la sévérité des symptômes ressentis de l'ÉSPT en se basant sur les deux dernières semaines (voir l'annexe C). Les données de l'EMST complètent celles recueillies à l'aide du SCID-IV pour les symptômes de l'ÉSPT afin de faire une évaluation rigoureuse de la symptomatologie des participants. Cet instrument de mesure a été utilisé dans la phase prétraitement et post-traitement pour recueillir les données en lien avec les résultats psychothérapeutiques. Cet instrument comporte 17 items. L'échelle de cotation pour la fréquence des symptômes varie entre « pas du tout » à « cinq fois ou plus par semaine » et l'échelle de sévérité varie entre A « pas du tout perturbant » à E « extrêmement perturbant ». Le score global peut atteindre un maximum de 119. La validation de ce questionnaire sur un

échantillon clinique québécois présente une excellente consistance interne avec un alpha de 0,97 pour l'échelle globale et de 0,95 pour chacune des sous-échelles (Guay et coll., 2002). L'indice de fidélité test-retest est également bon avec des coefficients de corrélation de Pearson de 0,72 pour le score total entre le temps un et deux. Cet instrument présente aussi une excellente validité de construit avec un niveau de sensibilité de 0,97 et un niveau de spécificité de 0,90 (Guay et coll., 2002).

2.4.1.3 Inventaire de dépression de Beck : BDI-II (Trad. IDB)

Le BDI-II (*Beck Depression Inventory* : Beck, Rush, Shaw, et Emery, 1979) est un questionnaire auto-administré de 21 questions qui mesure la présence et l'intensité des symptômes dépressifs au cours de la dernière semaine (voir l'annexe D). Chaque item est évalué à partir d'une échelle en quatre points allant de 0 à 3. Par exemple, sur le thème de la tristesse les réponses varient de 0 (« Je ne me sens pas triste ») à 3 (« Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable »). Ce questionnaire présente un score total pouvant aller de 0 à 63. L'inventaire de dépression est destiné à l'évaluation des symptômes correspondant aux critères diagnostiques des troubles dépressifs présentés dans le DSM-IV (APA, 2000). Ce questionnaire a été administré à deux moments soit en prétraitement et en post-traitement pour recueillir les données au sujet des résultats psychothérapeutiques. La traduction française de cet instrument a été validée auprès de femmes et d'hommes québécois (Beck, Steer, et Brown, 1996; Gauthier, Morin, Thériault, et Lawson, 1982). L'instrument présente une bonne validité de construit et le coefficient de fidélité test-retest pour une période de trois mois est de 0,75. De plus, la mesure de consistance interne présente un coefficient alpha de 0,82.

2.4.1.4 Inventaire d'anxiété de Beck : BAI (Trad. IAB)

Le BAI (Beck, Epstein, Brown, et Steer, 1988) est un questionnaire auto-administré de 21 questions qui mesure la présence et la sévérité des différents symptômes d'anxiété (voir l'annexe E). C'est à partir d'une échelle de Likert en quatre points allant de 0 (« pas du tout ») à 3 (« beaucoup, je pouvais à peine le supporter ») que les participants évaluent jusqu'à quel point ils ont été incommodés par les différents symptômes au cours de la dernière semaine. Ce questionnaire présente un score total pouvant aller de 0 à 63. Il a été administré à deux moments soit en prétraitement et en post-traitement pour recueillir les données au sujet des résultats psychothérapeutiques. Cet instrument présente une excellente consistance interne avec un coefficient allant de 0,85 à 0,93 pour des échantillons souffrant de troubles anxieux (Beck et Steer, 1993). Le BAI fait ressortir seulement les symptômes qui corrélaient fortement avec l'anxiété et faiblement avec la dépression. L'adaptation francophone de cet instrument est bien acceptée par la communauté scientifique.

2.4.2 Instruments pour l'évaluation du processus psychothérapeutique

Trois instruments de mesure ont été choisis pour procéder à l'évaluation du processus psychothérapeutique, à savoir la relation psychothérapeutique (l'alliance et la satisfaction en lien avec la séance), les caractéristiques du psychothérapeute, du client et de leurs interactions : le *Working alliance inventory* (WAI), le Questionnaire d'évaluation de la séance (QES) et *Psychotherapy process Q-set* (PPQS). À la fin de cette section, nous présentons le tableau 2.2 qui résume les dimensions du processus psychothérapeutique qui ont été évaluées et, pour chacune, les instruments de mesure utilisés. Ce tableau est inspiré du modèle de Hill et Lambert (2004) qui présente une classification de huit dimensions du processus psychothérapeutique en recherche quantitative.

2.4.2.1 *Working Alliance Inventory : WAI*

Le WAI a été élaboré par Horvath et Greenberg (1989) et s'appuie sur la conceptualisation de l'alliance thérapeutique en trois composantes de Bordin (1979). Le WAI est un questionnaire auto-rapporté qui comprend 36 items qui évaluent la qualité de l'alliance thérapeutique entre le client et le psychothérapeute. Il permet de donner un score global d'appréciation de l'alliance thérapeutique et d'obtenir des scores divisés en trois sous-échelles, soit : (1) les objectifs thérapeutiques, (2) les moyens thérapeutiques et (3) le lien affectif. La cotation du WAI se fait à partir d'une échelle en sept points de Likert allant de 1, « pas du tout vrai » à 7, « entièrement vrai ». Il existe une bonne cohérence interne entre les items et entre chacune des trois sous-échelles (Horvath et Greenberg, 1989). Le WAI est adapté à la mesure de l'alliance thérapeutique pour tous les types de psychothérapie. Selon la méta-analyse de Martin et ses collaborateurs (2000), le WAI présente une fiabilité de 0,85 à 0,93. Il existe trois versions de cette mesure soit celle du client, du psychothérapeute et de l'observateur. C'est la version auto-administrée au client qui possède la plus grande fiabilité (Martin et coll. 2000). Pour notre projet de recherche, nous avons retenu la version auto-administrée au client. C'est la version française, selon la traduction libre de Bouchard (1997) de l'inventaire de l'alliance thérapeutique qui a été utilisée (voir l'annexe F). Le questionnaire a été administré aux clients à cinq moments du processus psychothérapeutique soit après la première et la cinquième rencontre, lors d'une rencontre durant le module 2, lors d'une rencontre durant le module 3 (stratégie d'exposition) et suivant la dernière rencontre de psychothérapie.

2.4.2.2 Questionnaire d'évaluation de la séance : QES (trad.)

La traduction française libre de Laisné et Lecomte du SEQ (Stiles et Snow, 1984) a été utilisée afin de faire l'évaluation des rencontres de psychothérapie selon trois

niveaux : l'état subjectif du client face à la séance de psychothérapie, l'évaluation de la rencontre thérapeutique et la compétence du psychothérapeute (voir l'annexe G). Il existe deux versions auto-administrées du QES, soit une au client et une autre au psychothérapeute. Ces deux versions mesurent et collectent une forme de rétroaction directe de la séance de psychothérapie et de l'appréciation générale qui en découle. Le questionnaire est constitué de 27 items partagés en cinq sous-échelles de Likert en sept points mesurant : (1) la profondeur (la puissance et la valeur perçue), (2) l'aisance (le degré de confort, d'aisance et de sécurité), (3) l'attitude positive (le sentiment de confiance et de satisfaction), (4) l'éveil (le sentiment d'être stimulé, excité ou en progression) ainsi que (5) l'évaluation du psychothérapeute. Les 27 items sont présentés sous forme d'adjectifs polarisés décrivant la séance comme par exemple : « Cette rencontre a été : mauvaise *versus* bonne » ou encore « Aujourd'hui, mon/ma psychothérapeute a été : habile *versus* maladroit(e) » pour la version client et « Aujourd'hui, comme psychothérapeute, je considère avoir été : habile *versus* maladroit(e) » pour la version psychothérapeute. Un score d'évaluation globale de la séance est également obtenu. Cet instrument de mesure bénéficie de deux validations auprès de la communauté scientifique occidentale (Stiles, et coll., 1994). Cet instrument présente des coefficients de consistance interne élevés aux cinq sous-échelles (Dill-Stanford, Stiles et Rorer, 1988; Stiles et coll., 1994). Ce questionnaire a été administré à la fois au client et au psychothérapeute après chaque rencontre de psychothérapie. Pour notre projet de recherche, nous avons retenu les cinq séances correspondantes à nos temps de mesure.

2.4.2.3 *Psychotherapy Process Q-set : PPQS*

Le PPQS a été développé par Pulos et Jones en 1987 (Jones, 2000). La version francophone a été élaborée et validée en 2009 par Thurin, Lapeyronnie, Thurin et Ablon au sein du Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques

(RRFPP) de Paris (voir l'annexe H). Cet instrument de mesure est utilisé pour caractériser le processus de la psychothérapie, tant au niveau du déroulement des séances de psychothérapie qu'au niveau de la définition de ses principales composantes (Thurin et Thurin, 2007). Il permet des évaluations quantitative et qualitative du matériel clinique. Dans son utilisation quantitative, il permet notamment d'appréhender les caractéristiques du processus psychothérapeutique ainsi que l'approche réelle de traitement pratiqué. L'outil est généralement utilisé pour évaluer le contenu d'une séance de psychothérapie ainsi que pour faire l'évaluation successive dans le temps de plusieurs rencontres durant la démarche entière. L'évaluation d'une séance entière de psychothérapie présente l'avantage de pouvoir appréhender plus largement les éléments importants d'une rencontre. Dans son utilisation de manière longitudinale, le PPQS permet d'appréhender différents phénomènes dans le processus de psychothérapie notamment les mouvements, les changements, les ajustements et les phases.

Le PPQS a été élaboré de manière à présenter un langage commun, athéorique, pour les trois grandes approches théoriques de la psychothérapie. L'ensemble des items est reconnu pour la rigueur de leurs descriptions des différents phénomènes cliniques. Le PPQS comprend 100 items répertoriant des formulations descriptives selon trois catégories d'items. Les trois catégories d'items regroupent : (1) 41 items rassemblant les caractéristiques, les actions et les attitudes du psychothérapeute, (2) 40 items décrivant les attitudes, caractéristiques, les affects, les comportements et les expériences personnelles et relationnelles du client et (3) 19 items reflétant les interventions, les thèmes, les interactions et l'ambiance dans la dyade du psychothérapeute-client.

Chaque item fait l'objet d'une cotation et représente une affirmation à observer et à catégoriser selon une échelle de 9 points allant de « pas du tout caractéristique de la

séance » (-4) à « très caractéristique de la séance » (+4). Il s'agit ainsi d'attribuer à chaque item une valence positive (scores de 1 à 4), négative (scores de -4 à -1) ou neutre (scores de 0). Par exemple, une cotation neutre de zéro signifie que l'item n'est pas représentatif ou n'est pas observé dans l'ensemble de la séance. L'instrument a été élaboré de manière à ce que l'évaluation d'une séance de psychothérapie respecte une courbe de répartition qui définit un nombre précis d'items étant associés à chaque valeur caractéristique (de -4 à +4). Cet instrument utilise la méthode du Q-sort. C'est une technique de tri qualitatif d'items selon une distribution forcée par des différenciations successives dans des catégories qui décrivent la coïncidence des propositions avec les données cliniques et qui ne peuvent comprendre qu'un nombre limité d'items (Thurin et Thurin, 2007). Cette méthode oblige les juges faisant la cotation à juger avec précision et rigueur la pertinence du classement de chaque énoncé en fonction de l'ensemble des 100 items.

Les qualités psychométriques du PPQS ont été démontrées dans plusieurs études. La validité de construit a été jugée comme très satisfaisante (Jones, Cumming, et Horowitz, 1988; Jones, Krupnick, et Kerig, 1987; Jones et Pulos, 1993). Pour la fiabilité, la corrélation test-retest entre deux observateurs varie entre 0,83 et 0,89 et l'écart se situe entre 0,89 et 0,92 lorsque le nombre d'observateurs est entre trois et dix (Jones, Cumming, et Horowitz, 1988; Jones et Windholz, 1990; Pulos et Jones, 1987). L'étude de Jones, Parke et Pulos (1992) rapporte que la fiabilité moyenne entre les trois types de traitement a atteint 0,82. La fidélité inter-juges se situe entre 0,83 et 0,86 (Ablon et Maci, 2004; Kramer, De Roten, et Despland, 2005).

Le manuel de codage présente chacun des 100 items suivis d'une définition et des précisions pour juger de l'intensité et du sens (de -4 à +4) caractérisant l'item. Des exemples sont formulés pour chacun d'eux. Le manuel a servi à la formation des juges pour l'entraînement en vue des accords inter-juges. Une formation et une

période d'entraînement à la cotation ont été prévues afin d'approcher une fidélité inter-juges suffisamment élevée pour assurer la validité des résultats. Deux juges se sont attardés à la cotation des 40 séances transcrites de psychothérapie. Durant l'exercice de cotation, les deux juges ont tenu un journal d'observations afin d'y recueillir leurs réactions et réflexions sur les items et les séances où il a été plus difficile de faire la cotation.

Tableau 2.2 Dimensions du processus psychothérapeutique à l'étude selon le modèle de Hill et Lambert, 2004

-
1. Objet de l'évaluation
 - a. Client (PPQS, WAI, QES)
 - b. Psychothérapeute (QES, PPQS)
 - c. Relation psychothérapeutique client et psychothérapeute (PPQS, WAI, QES)
 2. Aspect du processus
 - a. Comportements et attitudes manifestes et non-manifestes (PPQS, WAI, QES)
 - b. Qualités et caractéristiques (PPQS, WAI, QES)
 3. Base théorique
 - a. Athéorique (PPQS, WAI, QES)
 4. Perspective d'évaluation
 - a. Client (WAI, QES)
 - b. Psychothérapeute (QES)
 - c. Juge non-participant (PPQS)
 5. Unités ou niveaux étudiés
 - a. Macroprocessus : séances entières et traitement (PPQS, WAI, QES)
 6. Types de mesures
 - a. Q-Sort (PPQS)
 - b. Échelle de Likert (WAI, QES)
 7. Niveau d'inférence
 - a. Non inférentiel (PPQS, WAI, QES)
 8. Matériel
 - a. Transcription verbatim à partir de matériel d'enregistrement audio et vidéo (PPQS)
 - b. Participants : clients et psychothérapeutes (WAI, QES)
-

2.5 Analyse des données

Afin de répondre à l'objectif de l'étude, c'est-à-dire de décrire et de comparer les caractéristiques de la relation psychothérapeutique, celles du psychothérapeute et celles du client en fonction des conditions de rencontre et de l'amélioration symptomatique des clients, nous avons procédé à l'analyse descriptive visuelle de nos données de recherche en utilisant le logiciel Excel. Pour ce faire, nous avons rassemblé et synthétisé les données significatives issues des mesures présentées précédemment et nous avons créé des tableaux à partir desquels se sont effectuées les analyses visuelles. Suivant la petite taille de notre échantillon (8 dyades, 40 séances de psychothérapie), les analyses descriptives visuelles étaient appropriées pour comparer et rapporter les différences et similitudes entre les conditions de rencontre et entre les dyades psychothérapeute-client présentant ou non une amélioration symptomatique puisque ces différences ne sont pas appuyées par des tests d'inférence statistique classiques où $p < 0,05$.

Afin de déterminer la répartition des clients présentant une amélioration symptomatique ou non, nous avons retenu, comme indice des résultats thérapeutiques, le phénomène de la diminution des symptômes puisque celui-ci a plusieurs fois été étudié et mis en lien avec différentes mesures du processus psychothérapeutique (p. ex., Martin, Garske et Davis, 2000; Horvath et coll., 2011). La procédure pour déterminer s'il y a ou non une amélioration symptomatique significative a donc été d'identifier les scores de différence entre les mesures prétraitement et post-traitement pour l'ÉMST, le BDI et le BAI. Lorsque tous les scores des clients allaient dans le sens d'une diminution, ceux-ci ont été considérés comme s'améliorant. Lorsque tous les scores des clients allaient dans le sens d'une augmentation, ceux-ci ont été considérés comme ne présentant pas d'amélioration symptomatique.

Nous avons ensuite comparé les conditions de rencontre (vidéoconférence et face-à-face) et les clients qui s'améliorent à ceux qui ne s'améliorent pas sur les mesures de la relation psychothérapeutique (WAI, QES, PPQS) et sur les mesures des caractéristiques du psychothérapeute et de celles du client (PPQS). Pour l'analyse des données de l'échantillon au PPQS, nous devions atteindre une bonne fidélité inter-juges afin de s'assurer de la validité des résultats. L'indice du coefficient Kappa de Cohen visé devait être supérieur à 0.60 (Nunnally, 1967). Pour notre recherche, l'intervalle des accords inter-juges pour les cotations au PPQS s'est situé entre 0,54 et 0,77 avec une médiane de 0,70. Selon les standards de fidélité de Nunnally (1967) pour les accords inter-juges, la médiane de 0,70 était amplement suffisante pour procéder aux analyses. La cotation du matériel a été faite de manière indépendante pour 28 transcriptions de séance de psychothérapie et 12 transcriptions de séance ont fait l'objet d'un consensus lorsque l'accord inter-juges était sous 65%. Nous avons ensuite pu procéder à des analyses descriptives visuelles générales à partir des tableaux des données au PPQS afin de faire des comparaisons et de relever les principales tendances dans l'interaction pour les dyades psychothérapeute-client et ainsi relever les différences et les similitudes entre les conditions de rencontre et les groupes présentant ou non une amélioration symptomatique. Pour procéder aux analyses descriptives visuelles des items les plus caractéristiques du processus psychothérapeutique, nous avons retenu les 20 items du PPQS dont la moyenne était la plus forte à travers les cinq temps de mesure et ce, dans les deux catégories de cotation extrême, c'est-à-dire « très caractéristiques » (+4 et +3) et « très non caractéristiques » (-4 et -3) afin de qualifier le niveau de présence ou d'importance de ces items dans l'interaction. Pour les items de catégorie « très non caractéristiques » (-4 et -3), ceux-ci sont présentés avec la mention (i) donnant l'instruction de se référer à la définition inversée dans le manuel de cotation. Cette méthode d'analyse est largement privilégiée pour évaluer, décrire et comparer les processus psychothérapeutiques dans les recherches utilisant le PPQS. Pour explorer et comparer les conduites et les activités ainsi que l'ajustement des psychothérapeutes

dans leur méthode en fonction des différentes conditions de rencontre ainsi qu'en fonction des différents groupes de clients présentant ou non une amélioration symptomatique, nous avons utilisé le prototype quantitatif et distinctif des processus de psychothérapie idéale pour l'approche cognitive-comportementale au PPQS. Ces prototypes ont été utilisés dans de nombreuses études comparatives de manière à déterminer si les dyades correspondaient ou non et dans quelle mesure elles correspondraient à une orientation théorico-clinique de la psychothérapie d'approche cognitive-comportementale (TCC), psychodynamique et interpersonnelle (p. ex., Ablon et Jones, 1998, 2002; Kramer et collaborateurs, 2005; Pole, Ablon et O'Connor, 2008; Shedler, 2010). Nous avons retenu le prototype de 20 items caractéristiques de la psychothérapie TCC de Ablon et Jones (1998, 2002) pour faire le calcul des moyennes de correspondance pour chacun des cinq temps de mesure (voir l'annexe I).

Il aurait été intéressant de pouvoir faire des corrélations entre les résultats du PPQS et ceux obtenus au WAI et au QES ou de procéder à des analyses de séries temporelles pour nous permettre d'exploiter des patrons temporels récurrents dans le processus psychothérapeutique. Toutefois, aucune de ces deux analyses statistiques n'était possible compte tenu de la petite taille de notre échantillon qui limite la puissance de ces analyses. Il en va de même pour les tests non paramétriques qui ne représentaient pas une alternative puisque leur puissance est encore plus faible.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Dans cette section, nous présenterons d'abord les statistiques descriptives de l'échantillon de clients. Par la suite la présentation des résultats de recherche sera organisée en fonction de : (1) la relation psychothérapeutique, (2) les caractéristiques du psychothérapeute et (3) les caractéristiques du client. Nous présenterons, pour chacune de ces trois sous-sections, une description de ce qui est commun et ce qui est distinctif entre les conditions de rencontre ainsi qu'entre les groupes de clients présentant ou non une amélioration symptomatique.

3.1 Statistiques descriptives des clients

3.1.1 Selon les conditions de rencontre

Les statistiques descriptives (moyennes, écarts-types, nombres et pourcentages) en lien avec les variables qualitatives de l'âge des clients, leur genre, la condition dans laquelle ils ont été rencontrés, la durée de la psychothérapie, la référence en fin de suivi, le type d'évènement traumatique et la présence de comorbidité sont rapportées au tableau 3.1 en fonction de la condition de rencontre.

Tableau 3.1 Statistiques descriptives des clients en fonction des conditions de rencontre

	Vidéoconférence (n=4)	Face-à-face (n=4)
Âge M (ET)	33,5 (9,0)	37,0 (11,8)
Genre (n, %)		
Homme	2 (50)	2 (50)
Femme	2 (50)	2 (50)
Durée de la psychothérapie en nombre de rencontre M (ET)	20,5 (1,8)	21,5 (2,3)
Référence pour la poursuite d'une psychothérapie en fin de traitement (n, %)	4 (100)	4 (100)
Évènements en lien avec le traumatisme (n)		
- Accident de la route impliquant une voiture	1	1
- Agression sexuelle impliquant plusieurs assaillants	1	
- Agression en situation de guerre	1	
- Tentative de meurtre sur membre de la famille		1
- Témoin de la mort subite d'un inconnu		1
- Vol à main armée avec violences physiques et menaces de mort	1	1
Comorbidité avec d'autres troubles mentaux (n, %)	4 (100)	4 (100)

3.1.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique

Dans le tableau 3.2 sont présentées les mesures aux évaluations symptomatiques afin de clarifier la répartition des clients à travers les différentes conditions de rencontre. L'analyse des mesures d'évaluation symptomatique prélevées avant le début de la

psychothérapie et suite à la dernière séance de la démarche nous démontre qu'il existe un groupe de quatre clients s'étant plus amélioré et un autre groupe de quatre clients dont la condition s'est détériorée ou s'étant moins améliorée. Pour un seul cas, le client #4, comme les scores présentaient très peu de variation sur chacune des trois échelles et de manière opposée, il a été considéré comme ne correspondant pas à une amélioration symptomatique significative. Dans les deux groupes, nous retrouvons de manière équivalente autant de clients suivis dans les deux conditions de traitement. Nous retrouvons également autant de femmes que d'hommes dans chacun de ces groupes. Notons que dans les deux conditions de rencontre, les clients (clients 7 et 8) qui présentaient les scores les moins sévères à l'EMST en prétraitement sont ceux qui se sont le plus améliorés à la fin du traitement.

Tableau 3.2 Scores totaux aux évaluations de changement symptomatique

Cond.	# client	Évaluations prétraitement			Évaluations post-traitement			Amélioration sympt.
		EMST	BDI	BAI	EMST	BDI	BAI	
VC	1	65	29	17	72	31	25	Non
	3	62	33	11	77	38	22	Non
	6	69	16	28	29	4	9	Oui
	8	41	28	14	4	6	2	Oui
FF	4	77	22	31	75	26	23	Non
	5	99	38	28	104	42	42	Non
	2	64	23	31	40	17	29	Oui
	7	54	31	23	16	14	9	Oui

Notes : Cond. = conditions de rencontre; VC = vidéoconférence; FF = face-à-face; EMST = Échelle modifiée de symptômes traumatiques; BDI = *Beck Depression Inventory*; BAI = *Beck Anxiety Inventory*; Amélioration sympt. = amélioration clinique significative selon les trois mesures de changement symptomatique.

3.2 Descriptions et comparaisons des caractéristiques de la relation psychothérapeutique

3.2.1 Résultats aux mesures de l'alliance thérapeutique avec le WAI

Le tableau 3.3 présente les moyennes des scores obtenus par les clients aux différentes sous-échelles de l'alliance thérapeutique pour les cinq temps de mesure.

3.2.1.1 Selon les conditions de rencontre

L'analyse des données révèle que l'alliance thérapeutique est généralement bonne pour tous les clients, peu importe la condition de rencontre. Cette équivalence entre les conditions s'observe également pour les fluctuations de l'alliance thérapeutique qui sont généralement peu significatives entre les cinq temps de mesure, variant entre 4,06 et 6,94. Néanmoins, pour l'ensemble des données sur l'alliance thérapeutique, l'observation des moyennes cumulatives nous permet de constater que l'alliance est légèrement supérieure pour les clients en face-à-face $M = 6,24$ que pour ceux en vidéoconférence $M = 5,79$.

3.2.1.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique

Nous observons une tendance à présenter des scores plus élevés d'alliance thérapeutique chez les clients présentant une amélioration symptomatique, et ce, dans les deux conditions de rencontre. Ce groupe présente une croissance des scores totaux moyens de l'alliance sur les différents temps de mesure ainsi qu'une moyenne cumulative plus élevée. Plus spécifiquement, nous constatons une différence au cinquième temps de mesure, à la séance finale, pour les clients présentant une

amélioration aux mesures de changement symptomatique soit une moyenne aux scores totaux de $M = 6,56$ contre $M = 5,56$ pour les clients s'étant moins améliorés.

Tableau 3.3 Les moyennes de l'alliance thérapeutique (scores totaux et sous-échelles) aux 5 temps de mesure (cote de 1 à 7)

Cond.	# clients	Échelles WAI	Séance #1	Séance #5	Moyennes aux cinq différents temps de mesure			Séance finale	Moyennes cumulatives (ET)	Amélioration sympt.
VC	1	Total	5,28	6,36	5,75	5,56	5,56	5,56	5,70 (0,36)	Non
		Tâches	5,83	6,67	5,67	5,17	5,17	5,17	5,70 (0,55)	
		Lien aff.	5,17	6,83	6,50	6,17	6,17	6,17	6,17 (0,56)	
		Objectifs	4,83	5,58	5,08	5,33	5,33	5,33	5,23 (0,25)	
	3	Total	*	4,45	6,06	5,15	5,67	5,67	5,33 (0,60)	Non
		Tâches	*	5,08	6,42	5,75	6,17	6,17	5,86 (0,51)	
		Lien aff.	4,10	4,55	5,82	5,00	*	*	4,87 (0,64)	
		Objectifs	*	3,60	5,92	4,67	5,33	5,33	4,88 (0,86)	
	6	Total	6,24	6,17	*	*	6,50	6,50	6,30 (0,14)	Oui
		Tâches	6,18	5,75	*	*	6,67	6,67	6,20 (0,38)	
		Lien aff.	6,50	6,67	*	*	7,00	7,00	6,72 (0,21)	
		Objectifs	6,00	6,08	*	*	5,83	5,83	5,97 (0,10)	
	8	Total	4,94	5,58	5,58	6,50	6,44	6,44	5,81 (0,59)	Oui
		Tâches	4,83	6,25	5,75	6,58	6,50	6,50	5,98 (0,64)	
		Lien aff.	5,33	5,58	6,00	6,42	6,58	6,58	5,98 (0,48)	
		Objectifs	4,67	5,81	5,00	6,50	6,25	6,25	5,65 (0,71)	
FF	4	Total	6,75	6,92	6,94	*	6,94	6,94	6,89 (0,08)	Non
		Tâches	6,92	6,92	7,00	*	6,83	6,83	6,92 (0,06)	
		Lien aff.	6,92	6,83	7,00	*	7,00	7,00	6,94 (0,07)	
		Objectifs	6,42	7,00	6,83	*	7,00	7,00	6,81 (0,24)	
	5	Total	4,92	6,28	5,58	5,78	4,06	4,06	5,32 (0,77)	Non
		Tâches	5,33	6,42	5,18	5,83	3,50	3,50	5,25 (0,98)	
		Lien aff.	4,58	6,00	5,73	6,25	4,18	4,18	5,35 (0,82)	
		Objectifs	4,83	6,42	5,82	5,25	4,50	4,50	5,36 (0,69)	
	2	Total	5,78	6,42	*	6,72	6,67	6,67	6,40 (0,37)	Oui
		Tâches	5,83	6,58	*	7,00	6,92	6,92	6,58 (0,46)	
		Lien aff.	5,75	6,08	*	6,50	6,42	6,42	6,19 (0,30)	
		Objectifs	5,75	6,58	*	6,67	6,67	6,67	6,42 (0,39)	
	7	Total	5,75	*	6,64	*	6,64	6,64	6,34 (0,42)	Oui
		Tâches	5,92	*	6,92	*	6,33	6,33	6,39 (0,41)	
		Lien aff.	5,83	*	6,67	*	6,75	6,75	6,42 (0,42)	
		Objectifs	5,50	*	6,33	*	6,83	6,83	6,22 (0,55)	

Notes : Cond. = conditions de rencontre; VC = vidéoconférence; FF = face-à-face; * = données manquantes; (ET) = écart type ; Amélioration sympt. = amélioration clinique significative selon les trois mesures de changement symptomatique.

3.2.2 Résultats aux mesures de l'évaluation de la séance de psychothérapie avec le QES

Les résultats au QES sont présentés aux tableaux 3.4 à 3.6. Dans les tableaux 3.4 et 3.5 sont présentés les moyennes des scores obtenus par les clients et les psychothérapeutes aux cinq différentes sous-échelles de l'évaluation de la séance de psychothérapie pour les cinq temps de mesures. Les corrélations pour les cinq sous-échelles entre les variables du psychothérapeute et du client sont de 0,26 pour l'évaluation de la profondeur, 0,30 pour l'évaluation de l'aisance, 0,30 pour l'évaluation de l'attitude positive, 0,07 pour l'évaluation de l'éveil et de 0,19 pour l'évaluation des psychothérapeutes. Ces corrélations sont suffisamment faibles pour qu'elles soient considérées séparément. Les fluctuations aux sous-échelles ne semblent pas suivre un modèle particulier selon les phases de la psychothérapie et pourraient davantage correspondre à des aspects de la dynamique propre à la dyade. Dans le tableau 3.6 se retrouvent les moyennes cumulatives globales incluant les sous-échelles pour les cinq temps de mesure. Les scores moyens à ce tableau varient entre 3,81 et 6,85 pour les évaluations des clients et de 3,54 à 6,53 pour les évaluations des psychothérapeutes. Globalement, ce sont les psychothérapeutes qui obtiennent les scores les plus élevés (scores supérieurs à 5) soit 60 % du temps contre 31% chez les clients.

3.2.2.1 Selon les conditions de rencontre

À la lumière de l'analyse des données du QES, nous observons qu'il n'existe pas de différence significative dans les scores obtenus entre les psychothérapeutes et leur client en fonction de la condition de rencontre. Dans les deux conditions de rencontre, pour six dyades, les résultats au tableau 3.6 révèlent que ce sont les psychothérapeutes qui obtiennent des scores plus élevés aux évaluations des séances.

Notons toutefois, plus spécifiquement, que c'est dans la condition de rencontre en vidéoconférence que les psychothérapeutes obtiennent des scores plus élevés que leur client, la majorité du temps, à toutes les sous-échelles. Les scores les plus faibles, à la fois chez les clients et chez les psychothérapeutes, se retrouvent davantage dans la condition de rencontre en vidéoconférence. Dans le tableau 3.6, lorsque l'on compare les moyennes cumulatives des cinq sous-échelles aux cinq temps de mesure, nous observons que les scores les plus élevés (scores supérieurs à 5), à la fois pour les clients et les psychothérapeutes, sont plus présents dans la condition de rencontre en face-à-face, soit 77% de tous les scores obtenus contre 60% dans la condition de rencontre en vidéoconférence. Dans la condition de rencontre en vidéoconférence, la sous-échelle où les clients et les psychothérapeutes s'entendent généralement le mieux est celle mesurant l'évaluation du psychothérapeute répondant aux questions « aujourd'hui, mon/ma psychothérapeute a été » et « aujourd'hui, comme psychothérapeute, je considère avoir été » selon trois qualificatifs polarisés étant « habile *versus* maladroit(e) », « froid(e) *versus* chaleureux(se) » et « digne de confiance *versus* peu fiable ». Dans la condition de rencontre en face-à-face, la sous-échelle où les clients et les psychothérapeutes s'entendent le mieux est celle mesurant l'éveil répondant à des questions relatives au sentiment d'être stimulé(e), excité(e) et en progression. Néanmoins, il est important de considérer dans ces analyses que le nombre de données manquantes est plus important pour les dyades dans la condition de rencontre en face-à-face.

3.2.2.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique

À la lumière de l'analyse des données du QES, nous observons qu'il n'existe pas de différence significative dans les scores obtenus entre les psychothérapeutes et leur client en fonction des groupes présentant ou non une amélioration symptomatique. Notons toutefois que ce sont les psychothérapeutes qui obtiennent des scores plus

élevés que leur client dans le groupe présentant une amélioration symptomatique. Dans le tableau 3.6, lorsque l'on compare les moyennes cumulatives des cinq sous-échelles aux cinq temps de mesure, nous observons que les scores les plus élevés (scores supérieurs à 5), à la fois pour les clients et les psychothérapeutes, sont plus présents dans le groupe de clients ne présentant pas d'amélioration symptomatique, soit 70% de tous les scores obtenus contre 63% dans le groupe de clients présentant une amélioration symptomatique.

Tableau 3.4 Les moyennes des clients et leur psychothérapeute à l'évaluation de la séance en vidéoconférence (scores aux sous-échelles du QES) aux 5 temps de mesure (cote de 1 à 7)

Cond.	# clients	Échelles QES	Moyennes aux cinq différents temps de mesure															Moyennes cumulatives		Amélioration sympt.
			Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4		Temps 5		Cl. (ET)	Th. (ET)						
VC	1	Profondeur	*	4,40	6,60	4,60	6,00	3,20	6,20	5,40	5,20	4,80	6,00 (0,51)	4,48 (0,72)	Non					
		Aisance	4,00	3,50	6,25	6,75	4,50	5,50	4,00	6,75	6,75	6,75	5,10 (1,17)	5,85 (1,27)						
		Att. positive	3,80	6,20	6,00	7,00	4,60	6,60	6,40	6,60	7,00	7,00	5,56 (1,18)	6,68 (0,30)						
		Éveil	3,75	6,25	4,75	7,00	3,75	7,00	5,00	7,00	5,50	7,00	4,55 (0,70)	6,85 (0,30)						
		Éval. th.	6,67	5,67	7,00	6,67	7,00	6,33	7,00	6,67	7,00	7,00	6,93 (0,13)	6,47 (0,45)						
	3	Profondeur	3,80	4,60	4,20	6,60	4,00	2,40	5,00	4,20	6,40	6,80	4,68 (0,95)	4,92 (1,63)	Non					
		Aisance	5,25	1,25	4,75	4,00	4,00	5,25	4,50	2,50	1,00	4,00	3,90 (1,50)	3,40 (1,38)						
		Att. positive	3,40	3,20	3,80	5,60	3,00	2,80	3,80	3,40	3,40	6,00	3,48 (0,30)	4,20 (1,33)						
		Éveil	4,00	4,75	3,00	2,50	2,75	3,25	3,50	3,75	2,25	4,75	3,10 (0,60)	3,80 (0,87)						
		Éval. th.	3,67	5,67	5,67	6,67	6,00	4,00	6,33	5,00	6,00	7,00	5,53 (0,96)	5,67 (1,10)						
6	Profondeur	4,80	5,00	5,20	6,40	5,80	7,00	6,20	6,40	7,00	7,00	5,80 (0,77)	6,36 (0,73)	Oui						
	Aisance	7,00	6,25	6,50	6,50	3,50	5,75	7,00	7,00	4,75	3,75	5,75 (1,40)	5,85 (1,12)							
	Att. positive	4,80	7,00	4,40	6,40	5,20	6,80	6,60	7,00	5,20	6,20	5,24 (0,74)	6,68 (0,32)							
	Éveil	2,75	5,50	2,75	6,50	3,75	6,00	3,00	5,25	2,50	6,75	2,95 (0,43)	6,00 (0,57)							
	Éval. th.	7,00	7,00	6,00	6,67	7,00	6,33	7,00	7,00	7,00	6,67	6,80 (0,40)	6,73 (0,25)							
8	Profondeur	3,40	4,40	5,00	5,40	5,80	7,00	4,40	4,60	4,80	4,60	4,68 (0,79)	5,20 (9,96)	Oui						
	Aisance	4,75	6,00	4,50	6,50	2,50	4,00	4,75	7,00	5,75	2,75	4,45 (1,07)	5,25 (1,61)							
	Att. positive	4,80	5,20	4,60	6,20	4,20	5,80	4,80	6,80	5,60	4,40	4,80 (0,46)	5,68 (0,83)							
	Éveil	4,00	1,75	3,75	4,25	4,75	6,25	4,25	4,50	3,75	3,50	4,10 (0,37)	4,05 (1,46)							
	Éval. th.	5,33	6,33	5,67	6,67	6,00	6,67	6,00	7,00	7,00	6,33	6,00 (0,56)	6,60 (0,25)							

Notes : Cond. = condition de rencontre; VC = vidéoconférence; * = données manquantes; (ET) = écart type; Amélioration sympt. = amélioration clinique significative selon les trois mesures de changement symptomatique.

Tableau 3.5 Les moyennes des clients et leur psychothérapeute à l'évaluation de la séance en face-à-face (scores aux cinq sous-échelles du QES) aux 5 temps de mesure (cote de 1 à 7)

Cond.	# clients	Échelles QES	Moyennes aux cinq différents temps de mesure															Amélioration sympt.
			Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4		Temps 5		Moyennes cumulatives					
			Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl. (ET)	Th. (ET)		
FF	4	Profondeur	6,40	5,80	7,00	5,60	7,00	4,20	7,00	5,40	7,00	3,80	6,88 (0,24)	4,93 (0,80)	Non			
		Aisance	7,00	6,50	7,00	6,00	6,75	6,75	4,75	2,50	5,50	4,50	6,20 (0,91)	5,25 (1,58)				
		Att. positive	6,60	6,80	6,40	6,60	7,00	6,80	7,00	3,80	7,00	5,40	6,80 (0,25)	5,88 (1,16)				
		Éveil	5,25	4,00	5,00	3,75	2,50	3,50	4,00	6,00	5,75	5,00	4,50 (1,15)	4,45 (0,93)				
		Éval. th.	6,33	6,67	7,00	6,67	7,00	7,00	7,00	4,33	7,00	6,67	6,87 (0,27)	6,27 (0,98)				
	5	Profondeur	5,20	5,60	5,60	5,20	7,00	5,00	6,00	5,20	6,20	*	6,00 (0,61)	5,25 (0,22)	Non			
		Aisance	1,75	4,75	3,25	6,00	1,75	5,75	2,25	6,00	6,50	4,75	3,10 (1,79)	5,45 (0,58)				
		Att. positive	2,80	6,00	5,00	*	4,60	6,00	4,80	5,60	4,80	5,40	4,40 (0,81)	5,75 (0,26)				
		Éveil	4,00	4,50	5,00	4,25	4,75	4,00	4,50	3,75	4,50	4,25	4,55 (0,33)	4,15 (0,25)				
		Éval. th.	7,00	6,67	7,00	6,33	7,00	6,33	7,00	6,33	7,00	6,33	7,00 (0,00)	6,40 (0,14)				
2	Profondeur	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Oui			
	Aisance	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
	Att. positive	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
	Éveil	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
	Éval. th.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				
7	Profondeur	4,60	4,40	4,60	*	6,40	*	6,00	5,00	7,00	5,20	5,72 (0,97)	4,87 (0,34)	Oui				
	Aisance	4,00	5,67	5,75	6,25	2,00	3,75	5,25	5,75	7,00	6,00	4,80 (1,70)	5,49 (0,89)					
	Att. positive	3,00	6,60	3,60	6,00	3,00	6,00	5,60	6,00	7,00	6,00	4,44 (1,60)	6,12 (0,24)					
	Éveil	3,00	*	3,75	4,00	3,25	3,00	4,50	4,00	6,25	4,00	4,15 (1,17)	3,75 (0,43)					
	Éval. th.	6,67	6,33	7,00	6,67	7,00	6,33	7,00	6,33	7,00	6,67	6,93 (0,13)	6,47 (0,17)					

Notes : Cond. = condition de rencontre; FF = face-à-face; * = données manquantes; (ET) = écart type; Amélioration sympt. = amélioration clinique significative selon les trois mesures de changement symptomatique.

Tableau 3.6 Les moyennes cumulatives des cinq sous-échelles pour les clients et leur psychothérapeute à l'évaluation de la séance aux 5 temps de mesure (cote de 1 à 7)

Cond.	# clients	Moyennes cumulatives aux cinq différents temps de mesure										Moyennes cumulatives			Amélioration sympt.
		Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4		Temps 5		Totaux des 5 temps			
		Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl.	Th.	Cl.	Cl. (ET)	Th. (ET)	
VC	1	4,56*	5,20	6,12	6,40	5,17	5,73	5,72	6,49	6,29	6,51	5,57 (0,64)	6,07 (0,52)	Non	
	3	4,02	3,90	4,28	5,07	3,95	3,54	4,63	3,77	3,81	5,71	4,14 (0,29)	4,40 (0,84)	Non	
	6	5,27	6,15	4,97	6,49	5,05	6,38	5,96	6,53	5,29	6,07	5,31 (0,35)	6,32 (0,18)	Oui	
	8	4,46	4,74	4,70	5,80	4,65	5,94	4,84	5,98	5,38	4,32	4,81 (0,32)	5,36 (0,69)	Oui	
FF	4	6,32	5,95	6,48	5,72	6,05	5,65	5,95	4,41	6,45	5,07	6,25 (0,21)	5,36 (0,56)	Non	
	5	4,15	5,50	5,17	5,45*	5,02	5,42	4,91	5,38	5,80	5,18*	5,01 (0,53)	5,39 (0,11)	Non	
	2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Oui	
	7	4,25	5,75*	4,94	5,73*	4,33	4,77*	5,67	5,42	6,85	5,57	5,21 (0,97)	5,45 (0,36)	Oui	

Notes : Cond. = conditions de rencontre; VC = vidéoconférence; FF = face-à-face; * = données manquantes; (ET) = écart type; Amélioration sympt.= amélioration clinique significative selon les trois mesures de changement symptomatique.

3.2.3 Résultats aux mesures du PPQS pour l'évaluation des interactions dans la dyade

Lors de l'identification de ce qui est commun à l'ensemble des dyades de l'échantillon au sujet de la relation psychothérapeutique entre les conditions de rencontre (tableaux 3.7 et 3.8) et entre les groupes d'amélioration symptomatique ou non (tableaux 3.9 et 3.10), nous avons observé un seul élément au sujet de la nature des interactions. Cet item commun à l'ensemble des dyades touche la présence de discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le client doit tenter de réaliser en dehors de la séance (item 38).

3.2.3.1 Selon les conditions de rencontre

Nous avons observé un seul élément distinctif dans la condition de rencontre en vidéoconférence (tableau 3.7) concernant la nature des interactions, le climat ou l'atmosphère des rencontres, soit celui où les sujets de discussion soulignent davantage les situations récentes ou actuelles de la vie du client (item 69). Dans la condition de rencontre en face-à-face (tableau 3.8), les éléments distinctifs reflétant la nature des interactions, le climat ou l'atmosphère des rencontres nous indiquent qu'il y a peu de silence (item 12i) et que le psychothérapeute ou le client ne fait pas de commentaire sur la nature de leurs échanges et se centre sur le contenu (item 98i).

3.2.3.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique

Les éléments distinctifs dans le groupe de clients présentant une amélioration symptomatique significative (tableau 3.9), sont au sujet de la nature des interactions, du climat ou de l'atmosphère des rencontres à l'effet que les thèmes de discussion

entourent davantage les situations récentes ou actuelles de la vie des clients (item 69) et les thèmes de discussion se centrent davantage sur les aspects cognitifs de l'expérience (item 30). Il semble également exister peu de silence durant les séances de psychothérapie (item 12i). Les éléments distinctifs dans le groupe de clients ne présentant pas d'amélioration symptomatique significative ou s'étant détériorés (tableau 3.10), concernent la nature des interactions, du climat ou de l'atmosphère à l'effet que l'image de soi est un point central dans les discussions (item 35), une bonne partie des séances sont consacrées à discuter de problèmes qui ne sont pas directement liés aux relations (item 63i) et ni le psychothérapeute ni le client ne fait de commentaire sur la nature de leurs échanges en se centrant davantage sur le contenu (item 98i).

3.3 Descriptions et comparaisons des caractéristiques des psychothérapeutes

3.3.1 Résultats aux mesures du PPQS

Pour la description de ce qui est commun à l'ensemble des dyades psychothérapeutiques (tableaux 3.7 à 3.10), les psychothérapeutes sont connus pour exercer activement un contrôle sur l'interaction (item 17), donner des avis et des conseils explicites (item 27), donner des explications au sujet de ce sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique (item 57), demander plus d'information ou d'élaboration (item 31), exprimer des opinions ou prendre explicitement des positions (item 93i), se centrer sur le matériel qui semble clairement conscient pour le client (item 67i) et être vraiment réceptif et impliqué affectivement (item 9i). Les observations au sujet des conduites, caractéristiques et attitudes des psychothérapeutes correspondent bien, en partie, avec le protocole de traitement TCC à partir duquel les psychothérapeutes ont mené les psychothérapies. Nous discuterons

plus loin des autres aspects que comporte la correspondance entre les conduites et les activités des psychothérapeutes et un modèle de psychothérapie spécifique.

3.3.1.1 Selon les conditions de rencontre

Un seul élément distinctif se rapportant aux caractéristiques des psychothérapeutes dans la condition de rencontre en vidéoconférence (tableau 3.7) concerne leurs conduites qui sont davantage professorales (item 37). Dans la condition de rencontre en face-à-face (tableau 3.8), il n'existe également qu'un seul élément distinctif au sujet des psychothérapeutes qui sont connus pour suggérer davantage à leur client d'accepter la responsabilité de leurs problèmes (item 76).

3.3.1.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique

Les éléments distinctifs des psychothérapeutes du groupe de clients présentant une amélioration symptomatique significative (tableau 3.9), concernent leur tendance à demander plus d'informations ou d'élaboration (item 31), ne pas mettre l'accent sur l'expérience ou l'affect et semblent plus intéressés par les descriptions concrètes du client (item 81i). Pour le groupe de clients ne présentant pas d'amélioration symptomatique significative ou s'étant détériorés (tableau 3.10), il est possible de relever un élément distinct au sujet de la façon d'être, un ton de voix ou des commentaires du psychothérapeute qui ne sont pas caractérisés par une attitude de supériorité (item 51i).

3.3.2 Résultats aux mesures du PPQS pour l'approche psychothérapeutique de traitement

Dans le tableau 3.11 sont présentés les pourcentages de correspondance entre chaque dyade selon le modèle prototypique de psychothérapie cognitive-comportementale. La cotation du PPQS aux cinq temps de mesure montre que le modèle de psychothérapie des psychothérapeutes est relativement peu consistant avec le prototype idéal de psychothérapie cognitive-comportementale de Ablon et Jones (1998, 2002). Toutefois, ces résultats ne sont pas inconsistants avec la mesure d'intégrité thérapeutique qui a été prise et qui mesurait la présence (dominance) des stratégies et techniques TCC demandées par le protocole de traitement puisque ce questionnaire ne servait pas à mesurer spécifiquement ou exclure la présence d'autres stratégies, attitudes ou conduites possibles pouvant appartenir à différents modèles psychothérapeutiques. De plus, de manière générale les postulats généraux du protocole de traitement qui a été utilisé avec l'échantillon de notre recherche correspondent bien avec le prototype TCC d'Ablon et Jones (1998, 2002). Quoique les dyades de notre échantillon ne correspondent pas fortement au modèle prototypique idéal de TCC, nous avons pu observer dans les tableaux précédents (3.7 à 3.10) que les éléments les plus associés à ce prototype sont ceux qui concernent les conduites et les caractéristiques des psychothérapeutes ainsi que l'ambiance générale dans l'interaction pour les items 38, 30, 17, 31, 69, 27, 37 et 57. En somme, le tableau 3.11 fait ressortir la singularité de chaque dyade psychothérapeute et client quant à la fluctuation du modèle psychothérapeutique utilisé et ce qui caractérise chacun des processus psychothérapeutiques. Aucune tendance générale ou de modèle récurrent selon les temps de mesure ne ressort. Les conduites et les activités des psychothérapeutes semblent fluctuer de manière différente dans chaque dyade par rapport au modèle prototypique TCC et ce, peu importe la condition ou le groupe de clients.

3.3.2.1 Selon les conditions de rencontre

Il est possible d'observer une différence pour les psychothérapeutes ayant mené leur suivi dans la condition de rencontre en vidéoconférence. Ceux-ci correspondent légèrement plus au prototype TCC ($M = 37,25\%$) que ceux en face-à-face ($M = 31,25\%$) selon la moyenne du pourcentage global aux cinq temps.

3.3.2.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique

Il est possible d'observer une différence pour les psychothérapeutes du groupe de clients présentant une amélioration symptomatique. Ceux-ci correspondent légèrement plus au prototype TCC ($M = 40,25$) que ceux ne présentant pas d'amélioration symptomatique ($M = 28,25$).

3.4 Descriptions et comparaisons des caractéristiques des clients

3.4.1 Résultats aux mesures du PPQS

Pour la description de ce qui est commun à l'ensemble des dyades psychothérapeutiques (tableaux 3.7 à 3.10), les clients sont connus pour être anxieux et tendus (item 7), aborder des questions et du matériel significatifs (item 88), vouloir briser des silences, apporter des sujets, soit spontanément, soit en réponse aux explorations de leur psychothérapeute et les élaborer activement (item 15i), comprendre facilement les commentaires de leur psychothérapeute (item 5i) et commencer la séance directement, sans pause prolongée ou question d'incitation du psychothérapeute (item 25i). Un élément additionnel est commun mais seulement

entre les deux conditions de rencontre. Celui concerne le fait que les clients semblent confiants et non soupçonneux envers le psychothérapeute (item 44i).

3.4.1.1 Selon les conditions de rencontre

Les éléments distinctifs des clients dans la condition de rencontre en vidéoconférence (tableau 3.7) montrent que ceux-ci sont caractérisés comme comprenant bien la nature de la psychothérapie et ce qui en est attendu (item 72), n'exercent pas de contrôle sur l'interaction en travaillant de manière plus collaborative (item 87i), ne recherchent pas une plus grande proximité avec leur psychothérapeute (item 10i) et ne parlent pas de vouloir être séparé, indépendants ou détachés dans leurs relations interpersonnelles (item 29i). Dans la condition de rencontre en face-à-face (tableau 3.8), les éléments distinctifs des clients montrent que ceux-ci sont caractérisés comme étant plus tristes ou déprimés (item 94), faisant l'expérience d'affect désagréable ou pénible (item 26) et exprimant des affects aigus ou vivant une explosion émotionnelle et se sentant profondément concernés (item 56i).

3.4.1.2 Selon les groupes d'amélioration symptomatique

Les éléments distinctifs des clients dans le groupe présentant une amélioration symptomatique significative (tableau 3.9), concernent leur bonne compréhension de la nature de la psychothérapie et ce qui en est attendu (item 72), leur attitude confiante et non soupçonneuse envers le psychothérapeute (item 44i) ainsi que leur tendance à être d'accord avec les remarques du psychothérapeute (item 42i). Les éléments distinctifs des clients dans le groupe ne présentant pas d'amélioration symptomatique significative ou s'étant détériorés (tableau 3.10) montrent qu'ils sont plus tristes ou déprimés (item 94), ressentent davantage d'affects désagréables ou

pénibles (item 26), expriment des sentiments de colère ou agressifs (item 84) et ils n'exercent pas de contrôle sur l'interaction en travaillant de façon collaborative avec leur psychothérapeute (item 87i).

Tableau 3.7 Description des 20 items les plus caractéristiques dans les deux catégories extrêmes (+4 et -4) du PPQS selon le cumul des moyennes pour la condition de rencontre en vidéoconférence

Condition (n=4)	Items	Descriptions	Scores à l'échelle
VC	17	Le psychothérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (structure ou introduit des nouveaux thèmes).	3,10
	27	Le psychothérapeute donne un avis et des conseils explicites.	2,90
	38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le client doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	2,90
	57	Le psychothérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	2,60
	88	Le client aborde des questions et du matériel significatifs.	2,35
	7	Le client est anxieux ou tendu.	2,00
	69	La situation récente ou actuelle de la vie du client est soulignée dans la discussion.	1,85
	37	Le psychothérapeute se comporte de manière professorale (didactique).	1,70
	31	Le psychothérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	1,70
	72	Le client comprend la nature de la psychothérapie et ce qui en est attendu.	1,65
	i93	Le psychothérapeute exprime des opinions ou prend explicitement ou implicitement des positions.	-2,75
	i15	Le client veut briser les silences, apporte des sujets, soit spontanément, soit en réponse aux explorations du psychothérapeute, et les poursuit ou les élabore activement.	-2,55
	i67	Le psychothérapeute se centre sur le matériel qui semble clairement conscient pour le client.	-2,40
	i5	Le client comprend facilement les commentaires du psychothérapeute	-2,05
	i87	Le client n'exerce pas de contrôle sur l'interaction, en travaillant avec le psychothérapeute d'une façon plus collaborative.	-2,05
	i9	Le psychothérapeute est vraiment réceptif et impliqué affectivement.	-1,90
	i25	Le client commence la séance directement, sans pause prolongée ou question d'incitation du psychothérapeute.	-1,85
	i44	Le client semble confiant et non soupçonneux envers le psychothérapeute.	-1,75
	i10	Le client ne parait pas chercher une plus grande proximité avec le psychothérapeute.	-1,70
	i29	Le client ne parle pas de vouloir être séparé, indépendant ou détaché.	-1,50

Notes : VC = vidéoconférence; i = description de l'item inversé.

Tableau 3.8 Description des 20 items les plus caractéristiques dans les deux catégories extrêmes (+4 et -4) du PPQS selon le cumul des moyennes pour la condition de rencontre en face-à-face

Condition (n=4)	Items	Descriptions	Scores à l'échelle
FF	27	Le psychothérapeute donne un avis et des conseils explicites.	3,15
	38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le client doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	3,00
	17	Le psychothérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (structure ou introduit des nouveaux thèmes).	2,95
	88	Le client aborde des questions et du matériel significatifs.	2,65
	57	Le psychothérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	2,35
	7	Le client est anxieux ou tendu.	2,30
	26	Le client ressent un affect désagréable ou pénible.	2,15
	76	Le psychothérapeute suggère que le client accepte la responsabilité de ses problèmes.	1,80
	94	Le client se sent triste ou déprimé.	1,75
	31	Le psychothérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	1,75
	i93	Le psychothérapeute exprime des opinions ou prend explicitement ou implicitement des positions.	-3,25
	i67	Le psychothérapeute se centre sur le matériel qui semble clairement conscient pour le client.	-2,95
	i15	Le client veut briser les silences, apporte des sujets, soit spontanément, soit en réponse aux explorations du psychothérapeute et les poursuit ou les élabore activement.	-2,65
	i25	Le client commence la séance directement, sans pause prolongée ou question d'incitation du psychothérapeute.	-2,15
	i5	Le client comprend facilement les commentaires du psychothérapeute.	-2,10
	i9	Le psychothérapeute est vraiment réceptif et impliqué affectivement.	-2,10
	i98	Le psychothérapeute ou le client ne fait pas de commentaire sur la nature de leurs échanges (se centre sur le contenu).	-1,95
	i56	Le client exprime un affect aigu ou une explosion émotionnelle et se sent profondément concerné.	-1,95
	i12	Il y a peu de silence durant la séance.	-1,90
	i44	Le client semble confiant et non soupçonneux envers le psychothérapeute.	-1,85

Notes : FF = face-à-face; i = description de l'item inversé.

Tableau 3.9 Description des 20 items les plus caractéristiques dans les deux catégories extrêmes (+4 et -4) du PPQS selon le cumul des moyennes pour le groupe de clients présentant une amélioration symptomatique

Groupe (n=4)	Items	Descriptions	Scores à l'échelle
Avec amélioration	17	Le psychothérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (structure ou introduit des nouveaux thèmes).	3,60
	38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le client doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	3,20
	27	Le psychothérapeute donne un avis et des conseils explicites.	3,00
	57	Le psychothérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	2,70
	88	Le client aborde des questions et du matériel significatifs.	2,55
	69	La situation récente ou actuelle de la vie du client est soulignée dans la discussion.	2,30
	31	Le psychothérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	2,05
	30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs (sur des idées ou des systèmes de croyances).	1,95
	7	Le client est anxieux ou tendu.	1,85
	72	Le client comprend la nature de la psychothérapie et ce qui en est attendu.	1,75
	i93	Le psychothérapeute exprime des opinions ou prend explicitement ou implicitement des positions.	-3,25
	i15	Le client veut briser les silences, apporte des sujets, soit spontanément, soit en réponse aux explorations du psychothérapeute et les poursuit ou les élabore activement.	-2,90
	i81	Le psychothérapeute ne met pas l'accent sur l'expérience ou l'affect ou semble intéressé par les descriptions concrètes du client.	-2,80
	i67	Le psychothérapeute se centre sur le matériel qui semble clairement conscient pour le client.	-2,65
	i25	Le client commence la séance directement, sans pause prolongée ou question d'incitation du psychothérapeute.	-2,25
	i44	Le client semble confiant et non soupçonneux envers le psychothérapeute.	-2,15
	i5	Le client comprend facilement les commentaires du psychothérapeute.	-2,05
	i9	Le psychothérapeute est vraiment réceptif et impliqué affectivement.	-2,05
	i12	Il y a peu de silence durant la séance.	-1,80
	i42	Le client a tendance à être d'accord avec les remarques du psychothérapeute.	-1,75

Note : i = description de l'item inversé.

Tableau 3.10 Description des 20 items les plus caractéristiques dans les deux catégories extrêmes (+4 et -4) du PPQS selon le cumul des moyennes pour le groupe de clients ne présentant pas d'amélioration symptomatique

Groupe (n=4)	Items	Descriptions	Scores à l'échelle
Sans amélioration	27	Le psychothérapeute donne un avis et des conseils explicites.	3,05
	38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le client doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	2,70
	94	Le client se sent triste ou déprimé.	2,45
	88	Le client aborde des questions et du matériel significatifs.	2,45
	17	Le psychothérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (structure ou introduit des nouveaux thèmes).	2,45
	7	Le client est anxieux ou tendu.	2,45
	57	Le psychothérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.	2,25
	26	Le client ressent un affect désagréable ou pénible.	2,05
	84	Le client exprime des sentiments de colère ou agressifs.	2,00
	35	L'image de soi est un point central de discussion.	1,80
	i93	Le psychothérapeute exprime des opinions ou prend explicitement ou implicitement des positions.	-2,75
	i67	Le psychothérapeute se centre sur le matériel qui semble clairement conscient pour le client.	-2,70
	i15	Le client veut briser les silences, apporte des sujets, soit spontanément, soit en réponse aux explorations du psychothérapeute et les poursuit ou les élabore activement.	-2,30
	i5	Le client comprend facilement les commentaires du psychothérapeute.	-2,10
	i9	Le psychothérapeute est vraiment réceptif et impliqué affectivement.	-1,95
	i63	Une bonne partie de la séance est consacrée à discuter de problèmes qui ne sont pas directement liés aux relations.	-1,80
	i25	Le client commence la séance directement, sans pause prolongée ou question d'incitation du psychothérapeute.	-1,75
	i51	Le psychothérapeute traduit par sa façon d'être, le ton de sa voix ou ses commentaires qu'il ne prend pas une attitude de supériorité.	-1,70
	i87	Le client n'exerce pas de contrôle sur l'interaction en travaillant avec le psychothérapeute d'une façon plus collaborative.	-1,65
	i98	Le psychothérapeute ou le client ne fait pas de commentaire sur la nature de leurs échanges (se centre sur le contenu).	-1,55

Note : i = description de l'item inversé.

Tableau 3.11 Pourcentage de correspondance au prototype de la psychothérapie cognitive-comportementale de 20 items (Ablon et Jones, 1998) selon la moyenne aux 5 temps de mesure

Cond.	# clients	Pourcentage de correspondance au prototype TCC de 20 items					Amélioration sympt.
		Temps 1	Temps 2	Temps 3	Temps 4	Temps 5	
VC	1	25%	35%	39%	50%	52%	Non
	3	4%	24%	36%	11%	61%	Non
	6	45%	30%	36%	67%	41%	Oui
	8	31%	39%	39%	33%	47%	Oui
FF	4	14%	38%	20%	11%	3%	Non
	5	14%	31%	26%	42%	31%	Non
	2	39%	53%	44%	31%	22%	Oui
	7	10%	38%	31%	64%	63%	Oui

Notes : Cond. = conditions de rencontre; TCC = prototype de la psychothérapie cognitive comportementale; Amélioration sympt. = amélioration clinique significative selon les trois mesures de changement symptomatique.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

4.1 Résumé du projet de recherche et rappel des objectifs

Cette étude avait pour objectif de recherche de décrire et de comparer trois variables du processus psychothérapeutique, c'est-à-dire les caractéristiques de la relation psychothérapeutique, celles du psychothérapeute et celles du client, entre : (1) deux conditions de rencontre, soit la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive et la psychothérapie en face-à-face et (2) les dyades associées à une amélioration ou une détérioration symptomatique chez les clients. Les questions de recherche sous-jacentes visaient à examiner les similitudes et les distinctions pour chacune de ces variables ainsi que des éléments propres à celles-ci.

4.1.1 Retour aux résultats

Dans notre échantillon de recherche, nous avons eu accès, dans les deux conditions de rencontre, à autant de femmes que d'hommes ayant vécu des événements traumatogènes diversifiés, directs et indirects, d'origine humaine (non liés à une catastrophe naturelle) et qui se rapportent à une expérience unique et limitée dans le temps. Dans l'ensemble de l'échantillon, la durée de la psychothérapie et la présence de référence pour poursuivre une autre psychothérapie suivant la fin de traitement étaient comparables ainsi que la présence de comorbidités au tableau diagnostique. La diversité des expériences traumatiques, la composition de l'échantillon et la présence généralisée de certaines comorbidités représentent des forces de notre échantillon. Nous avons également pu observer la présence équivalente de clients présentant une

amélioration et une détérioration symptomatique dans les deux conditions de rencontre. Suivant cette équivalence, il n'y a donc aucune association entre les différentes conditions de rencontre et les groupes de clients avec ou sans amélioration symptomatique. Nous avons également constaté que les clients s'étant le plus améliorés au sujet des symptômes en lien avec leur ÉSPT sont ceux qui présentaient les scores les moins sévères en prétraitement à la mesure des symptômes traumatiques. L'un de ces clients a été rencontré en vidéoconférence et l'autre en face-à-face. Les clients ne présentant aucune amélioration ou avec une détérioration symptomatique, notamment les deux clients rencontrés en face-à-face, ont été connus pour être plus tristes, plus déprimés, présenter davantage d'affects pénibles et plus de colère durant la psychothérapie.

Les résultats de notre recherche vont dans le même sens que l'ensemble des résultats de recherche sur l'efficacité générale de la télépsychothérapie. Nos résultats aux WAI, QES et PPQS montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre la télépsychothérapie offerte en vidéoconférence interactive et la psychothérapie en face-à-face au sujet de l'expérience relationnelle générale. De plus, rien n'indique dans nos analyses et résultats de recherche que les propriétés contextuelles de la psychothérapie en situation de vidéoconférence influencent les différentes variables du processus psychothérapeutique. Nos conclusions au sujet des caractéristiques des psychothérapeutes corroborent celles de Simpson et Reid (2014) quant au fait que leurs conduites, attitudes et habiletés représentent des éléments importants pouvant faciliter ou nuire à l'élaboration d'une bonne relation psychothérapeutique et influencer, en partie, le succès ou l'échec de celle-ci lors des rencontres en face-à-face tout comme lors de l'utilisation de la vidéoconférence. Les conclusions au sujet des caractéristiques des clients vont également dans le même sens. Concernant la relation psychothérapeutique, nous pensons que les ajustements entre le client et son psychothérapeute sont déterminants dans le maintien ou l'abandon, le succès ou

l'échec de la psychothérapie en vidéoconférence ou en face-à-face ainsi que pour le processus de changement que nous avons évalué selon l'indice d'une diminution symptomatologique. Les sections suivantes présentent l'interprétation des résultats en se référant aux sous-objectifs de recherche organisés en trois variables : la relation psychothérapeutique, le psychothérapeute et le client.

4.1.2 Les caractéristiques de la relation psychothérapeutique

4.1.2.1 Les caractéristiques communes

Pour l'ensemble de l'échantillon, il semble que les scores d'alliance thérapeutique (WAI) soient bons et ne connaissent pas de fluctuation notable. Nous avons pu constater que les mesures d'alliance thérapeutique demeurent stables même lors de la préparation et de l'utilisation de l'exposition en imagination ou *in vivo* (temps 3 et 4 de mesure) comme stratégie psychothérapeutique qui est connue pour être exigeante sur le plan expérientiel pour les clients. Nous pourrions faire l'hypothèse que les clients étaient possiblement bien préparés aux tâches à accomplir et que les buts et objectifs de la psychothérapie ont été clairement discutés de manière à ce que ceux-ci représentent des facteurs ayant pu contribuer à l'absence de fluctuation notable durant cette phase d'intervention. De plus, nous pourrions également faire une autre hypothèse à l'effet que les psychothérapeutes aient été particulièrement attentifs à la qualité de l'alliance thérapeutique étant conscients de l'exigence de cette phase de la psychothérapie. Au sujet des résultats aux évaluations des séances et de la satisfaction des psychothérapeutes et leurs clients (QES), il ne semble exister aucun lien apparent entre les conditions de rencontre ou le degré d'amélioration symptomatique. Les écarts et fluctuations des scores à cette mesure, allant jusqu'à trois points sur sept, ne semblent ni associés à un modèle particulier selon les phases de la psychothérapie ni à une tendance particulière de l'évaluation de l'alliance thérapeutique chez les clients.

Ces écarts et fluctuations pourraient davantage correspondre à d'autres aspects appartenant à la dynamique unique de la dyade, non mesurés dans la présente étude. Contrairement à ce que nous retrouvons dans la littérature où ce sont généralement les clients qui évaluent plus favorablement les rencontres en vidéoconférence interactive, ce sont ici les psychothérapeutes qui ont obtenu des scores plus élevés la majorité du temps dans cette condition. Cette tendance pourrait possiblement relever des différences entre les attentes et les critères de satisfaction des clients et des psychothérapeutes. Il est difficile de conclure dans quelle proportion ces évaluations provenaient du niveau de satisfaction en lien avec la relation thérapeutique ou en lien avec les changements obtenus. Par conséquent, il ne nous a pas été possible de clarifier toute la complexité de ce qui contribue à la satisfaction en lien avec les séances et les facteurs ayant contribué à l'écart entre les évaluations des séances des psychothérapeutes et celles des clients. Ces résultats soulèvent tout de même certaines questions lorsque nous nous référons aux résultats de l'étude de Germain (2008) où, dans l'échantillon principal, les psychothérapeutes révélaient être peu satisfaits de leur expérience d'utilisation de la vidéoconférence et que celle-ci leur donnait l'impression d'avoir entravé l'établissement du lien et du travail psychothérapeutique avec leur client. Pour expliquer cette divergence, il est possible que lorsqu'il ait été question pour les psychothérapeutes d'évaluer leur relation à leur client et leur satisfaction envers les séances de psychothérapie que celles-ci leur apparaissent plus conformes à ce qui se produisait moment par moment. Les résultats au questionnaire d'évaluation de la séance pourraient refléter un portrait plus juste, à caractère actuel comparativement à une interrogation dirigée et sommaire, a posteriori, au sujet de leur opinion générale sur l'incidence de la vidéoconférence sur leur relation et satisfaction envers l'ensemble de leurs clients.

4.1.2.2 Les éléments distinctifs selon les deux conditions de rencontre

Il n'y avait pas de différence entre les mesures de l'alliance selon les conditions de rencontre dans notre échantillon. Nous avons constaté qu'il est possible d'établir et de maintenir une alliance thérapeutique de qualité lors de l'utilisation de la vidéoconférence interactive. Ces résultats corroborent ceux provenant de la littérature sur les études de la télépsychothérapie (Backhaus et coll., 2012; Bouchard et coll., 2004; Ertelt et coll., 2011; Frueh et coll., 2007b; Germain et coll., 2010; Gros et coll., 2013; Knaevelsrud et Maercker, 2006; Morgan, Patrick et Magaletta, 2008; Nelson et Duncan, 2015; Ruskin et coll., 2004; Socala et coll., 2012). Ainsi, la vidéoconférence interactive pourrait être vue par les clients comme un lieu de parole sécurisé autant qu'il peut l'être lors de rencontres en face-à-face. Notons toutefois que les clients rencontrés en face-à-face ont obtenu des moyennes cumulatives supérieures à ceux en vidéoconférence. Néanmoins, la présence de données manquantes à cette mesure est un facteur pouvant nuire à la validité de ces résultats dans nos comparaisons entre les conditions et les groupes entre eux au sujet de l'établissement de l'alliance thérapeutique précoce, la fluctuation et la qualité de celle-ci en cours de suivi jusqu'à la terminaison de la démarche.

4.1.2.3 Les éléments distinctifs selon les groupes d'amélioration symptomatique

Lorsque nous avons comparé les mesures de l'alliance psychothérapeutique entre les groupes de clients qui s'améliorent et ceux qui ne s'améliorent pas, nous avons observé une légère différence pour le groupe de clients présentant une amélioration symptomatique. Cette différence consiste en une croissance des scores totaux moyens dans le temps, des scores totaux plus élevés au cinquième temps de mesure (phase finale) et une moyenne cumulative plus élevée de l'alliance thérapeutique pour les clients présentant une amélioration symptomatique. Cette observation demeure

intéressante quoiqu'il n'existe pas de consensus dans la recherche au sujet de la relation entre le cours du développement de l'alliance à travers le processus psychothérapeutique et les résultats (Stiles et Goldsmith, 2010).

4.1.3 Les caractéristiques des psychothérapeutes

4.1.3.1 Les caractéristiques communes des psychothérapeutes

Les résultats au PPQS nous montrent que les psychothérapeutes de notre échantillon, tous groupes confondus, sont des acteurs actifs dans la dynamique interactionnelle avec leurs clients et qu'ils accordent de l'importance à la rencontre des objectifs de la psychothérapie ainsi qu'aux tâches à accomplir pendant et en dehors des rencontres. Dans les huit suivis psychothérapeutiques, ils ont été connus pour exercer un contrôle sur l'interaction et donner fréquemment des explications sur leur méthode de traitement. Ils ont également été connus pour donner des avis, des conseils et prendre explicitement des positions (*versus* neutralité), demander plus d'élaboration ainsi que pour se centrer sur le matériel qui semble clairement conscient pour leur client. Nous avons aussi constaté que les psychothérapeutes étaient connus pour être vraiment réceptifs et impliqués affectivement. Les attitudes et conduites sur lesquelles se sont appuyées ces observations représentent selon nous davantage des éléments communs qui ne résultent pas de facteurs spécifiques d'une approche de psychothérapie et relèvent des savoirs-faire et des savoirs-être du psychothérapeute. Ces différentes caractéristiques et conduites pourraient revêtir une fonction contenant et structurante dont pourraient avoir bénéficié certains clients. En d'autres termes, au sujet des aspects communs des psychothérapeutes, nous pourrions extrapoler les résultats au PPQS et parler d'un style psychothérapeutique engageant une forme d'autorité bien assumée impliquant une relation d'influence, le fait de persuader ou de convaincre, la posture éducative visant des apprentissages nouveaux et un style directif. À ce style

psychothérapeutique ajoutons la bienveillance des psychothérapeutes faisant référence à leur disposition affective pouvant apparaître comme la représentation de leur souhait et disposition visant le bien-être et le rétablissement de leur client. Ces différents aspects nous semblent également correspondre à certaines des qualités et des actions des psychothérapeutes efficaces selon Wampold (2011). Notons toutefois qu'il ne nous a pas été possible d'associer l'omniprésence de ces qualités et actions dans une condition de rencontre plus que dans l'autre non plus que dans l'un des deux groupes de clients présentant ou non une amélioration symptomatique.

Nous avons également fait des observations générales additionnelles au sujet des psychothérapeutes s'appuyant sur des données qualitatives issues de notre lecture attentive de l'ensemble des transcriptions des séances de psychothérapie. Ces observations nous semblent correspondre à différentes qualités et conduites de Wampold (2011) tel que présenté dans le premier chapitre de cet essai (voir en référence le tableau 1.1). Par exemple, lors du module de traitement sur la psychoéducation (phase initiale du traitement), nous avons observé que les psychothérapeutes proposaient à leur client une explication claire et acceptable de leurs difficultés en lien avec l'ÉSPT et qu'ils proposaient également un plan et une structure de traitement cohérents avec les explications cliniques dans lesquels les clients étaient encouragés à prendre des actions visant leur rétablissement pendant et en dehors de la psychothérapie. Aussi, les psychothérapeutes de notre échantillon proposaient à leur client l'utilisation d'un carnet d'évaluation de leur détresse au quotidien et le retour en rencontre sur les données accumulées. L'utilisation de cet instrument pourrait avoir joué un rôle notable au sujet de l'intégration des indices de progrès ou de détérioration des clients durant le processus psychothérapeutique et avoir contribué au sentiment des clients qu'une attention était portée à leur état. Toutefois, les données produites par cet instrument n'ont pas fait l'objet d'analyse dans notre recherche puisque ces données n'étaient pas présentes au dossier du client.

Aussi, dans le protocole de traitement et les interventions d'exposition suggérées, les psychothérapeutes étaient amenés à mettre à jour et fournir des explications entourant la conduite d'évitement qui représente un des symptômes importants de l'ÉSPT. À ce sujet, il est reconnu que lors du traitement de l'ÉSPT le fait de développer une alliance thérapeutique solide et l'action d'aborder l'évitement du client sont des éléments favorables à l'issue d'une psychothérapie (Laska, Smith, Wislocki, Minami et Wampold, 2013). Nous avons également observé qu'en début de suivi, la majorité des psychothérapeutes, dans les deux conditions de traitement, mentionnaient à leurs clients qu'ils utilisaient le traitement reconnu comme étant le plus efficace pour traiter l'ÉSPT. Cette affirmation pourrait avoir l'effet de solliciter l'espoir du client et la crédibilité qu'il accorde à son psychothérapeute et au traitement dans lequel il s'engage. D'autre part, l'activité structurante du psychothérapeute et la présentation de sa méthode de traitement comme efficace pourraient dans une certaine mesure correspondre à l'aptitude du psychothérapeute à susciter la confiance du client en ses compétences et susciter des attentes positives alors que les clients n'en sont pas à leur première tentative dans la recherche de soins et de services de santé pour leur ÉSPT. Cependant, cette affirmation comporte selon nous un piège à éviter en pratique clinique, impliquant un manque de modération, une information incomplète, pouvant favoriser le maintien de préjugés au sujet de l'efficacité psychothérapeutique et véhiculer une illusion d'homogénéité. Tous ces aspects pourraient selon nous avoir une incidence sur l'implication et le rôle actif du psychothérapeute et du client, telle que des attributions internes exagérées de la part du client ainsi que des attributions externes du psychothérapeute qui pourraient être déresponsabilisantes pour ce dernier au sujet des impasses thérapeutiques ou de l'échec du traitement. Par exemple, le client pourrait croire à tort que si la psychothérapie ne fonctionne pas, il en est le seul responsable, excluant la part revenant au psychothérapeute et à leur relation ou encore l'apport potentiel d'autres stratégies cliniques qui pourraient être bénéfiques et ajustées au client.

Enfin, nous avons fait une dernière observation touchant l'ensemble de l'échantillon qui fait référence aux recommandations des psychothérapeutes à leurs clients de poursuivre une autre psychothérapie suivant l'arrêt du traitement à l'étude. Ce phénomène étant généralisé à l'ensemble de l'échantillon, ceci porte de manière importante à réflexion au sujet de la durée du traitement et la phase de changement à laquelle les clients s'arrêtent et obtiennent cette référence. Cela pourrait suggérer que dans un cadre psychothérapeutique réel dit naturel et plus flexible, les clients auraient pu bénéficier d'une durée de psychothérapie qui se serait avérée plus longue. En outre, il aurait été intéressant d'en savoir plus sur ce qui motivait la référence des psychothérapeutes à poursuivre une psychothérapie après le traitement à l'étude et si ceux-ci, par exemple, jugeaient que les bénéfices thérapeutiques n'étaient pas suffisants même chez les clients présentant une amélioration symptomatique significative.

4.1.3.2 Les éléments distinctifs selon les deux conditions de rencontre

La description des éléments distinctifs des psychothérapeutes au PPQS, entre les conditions de rencontre, ne nous semble pas très concluante. Les différences observées entre les caractéristiques et les conduites des psychothérapeutes ne semblent pas pouvoir être nettement associées à une condition de rencontre plus que l'autre. Ces distinctions nous semblent davantage appartenir à la dynamique propre à la dyade psychothérapeute-client. Néanmoins, les psychothérapeutes en vidéoconférence se sont distingués dans leur manière de tenir un rôle davantage d'enseignement. Une caractéristique particulière des psychothérapeutes ayant mené leur suivi en face-à-face est leur sollicitation active au sujet de la responsabilisation des clients dans leur démarche de changement. Cet aspect pourrait correspondre à leur tendance à mobiliser les forces et les ressources du client pour l'aider à résoudre ses problèmes et cela pourrait possiblement favoriser sa participation, l'attribution

interne d'une juste part de responsabilité et le sentiment de pouvoir personnel du client (Wampold, 2011).

4.1.3.3 Les éléments distinctifs selon les groupes d'amélioration symptomatique

De manière générale, les psychothérapeutes de ces deux groupes possèdent beaucoup d'éléments communs au PPQS au sujet de leurs conduites et caractéristiques et les différences sont, encore ici, peu concluantes. Les éléments distinctifs des psychothérapeutes du groupe de clients présentant une amélioration symptomatique touchent leur participation active et une sollicitation marquée des psychothérapeutes à travers des interventions et des questions afin d'obtenir plus d'informations et des descriptions concrètes plus détaillées de la part de leurs clients. Ceux-ci sont également connus pour ne pas mettre l'accent sur l'expérience émotionnelle (p. ex., l'expérience de la méfiance, la honte, la culpabilité, etc.). Un seul élément distinctif a été observé pour les psychothérapeutes du groupe de clients ne présentant pas d'amélioration symptomatique significative. Celui-ci concerne la description des psychothérapeutes comme n'ayant pas une attitude de supériorité tel que perçu dans leur façon d'être, de s'exprimer ou leurs commentaires. L'élément retenant davantage notre attention dans le groupe de client présentant une amélioration symptomatique est celui entourant le fait de ne pas mettre l'accent sur l'expérience émotionnelle des clients. Sachant que les stratégies d'exposition agissent puissamment sur l'activation émotionnelle et que les clients souffrants d'un ÉSPT sont souvent sous l'emprise de symptômes intrusifs et associés à une détresse psychologique intense, il aurait été intéressant d'explorer davantage cette dimension du travail psychothérapeutique surtout lorsqu'on sait que l'élaboration et l'approfondissement de l'expérience émotionnelle est un prédicteur important des résultats psychothérapeutiques (p.ex., Ablon, Levy et Katzenstein, 2006; Ablon, Levy et Smith-Hansen, 2011; Castonguay et Beutler, 2006; Coombs et coll., 2002). Ceci nous amène à penser aux limites

méthodologiques de notre recherche au sujet de l'exploration et l'évaluation de la juste part du travail psychothérapeutique touchant la dimension de l'expérience émotionnelle. Même si nous n'avons pas été en mesure d'explorer s'il existe une cooccurrence de la présence d'intervention focalisée sur les émotions et de bons résultats psychothérapeutiques, nous tentons l'hypothèse que le protocole de traitement TCC, le contexte de recherche, la courte durée de la psychothérapie et l'arrêt prématuré de celle-ci pourraient être des facteurs à prendre en compte alors que les clients semblent avoir été davantage sollicités par d'autres dimensions de l'expérience (p. ex., cognitive, comportementale, psychophysiologique et sociale). Nous pourrions supposer que dans le contexte de pratique naturelle des psychothérapeutes, une plus grande flexibilité de ceux-ci serait au service d'une bonne évaluation et adaptation aux besoins des clients quant à la durée de la psychothérapie et aux différentes dimensions de l'expérience qui sont travaillées.

4.1.3.4 L'approche psychothérapeutique des psychothérapeutes

Pour l'ensemble de notre échantillon, nos résultats ont montré qu'aux cinq temps de mesures, l'approche psychothérapeutique des psychothérapeutes est relativement peu consistante avec le prototype idéal de TCC au PPQS. Toutefois, il a été relevé que les psychothérapeutes ayant mené les séances en vidéoconférence ainsi que ceux dont les clients ont connu une amélioration symptomatique correspondent davantage au prototype idéal de TCC. Quoique les résultats montrent un faible degré de correspondance avec le prototype de traitement TCC idéal selon le modèle d'Ablon et Jones (1998, 2002), il nous semble exister, dans l'ensemble, une congruence entre les conduites des psychothérapeutes, leur modèle théorique d'appartenance et le protocole de traitement TCC. Néanmoins, il appert que les psychothérapeutes ont employé un assez large spectre d'interventions dans les deux conditions de rencontre. En l'occurrence, il nous est permis de penser que différentes stratégies

psychothérapeutiques, attitudes et conduites ont été utilisées et correspondent à des aspects communs d'autres approches de psychothérapie tel que cela a été montré à plusieurs reprises (p.ex., Kramer et coll., 2005; Shedler, 2010). Mentionnons que pour Hubble, Duncan et Miller (2001), les techniques et stratégies d'intervention psychothérapeutiques partagent généralement la qualité commune de préparer les clients à prendre des actions pour s'aider et développer de nouvelles ressources. Somme toute, le faible degré de correspondance au prototype idéal de traitement TCC pourrait aussi suggérer que l'activité des psychothérapeutes et l'adaptation de leur modèle de traitement puissent être guidées et influencées par les caractéristiques uniques et l'activité de leur client afin de maintenir le processus psychothérapeutique, construire une dynamique interactionnelle et un sens propre à la dyade. Rappelons que le psychothérapeute se doit de demeurer perméable à l'influence du client dans ses actions psychothérapeutiques ce qui témoigne non seulement de sa sensibilité émotionnelle et intellectuelle à l'autre, mais également de son devoir d'éthique professionnelle (Desjardins, 2015). Chaque action ou technique psychothérapeutique tire ainsi son sens à partir de l'incidence qu'elle a sur l'interaction en continu dans la dyade et il est peu probable qu'une action particulière du psychothérapeute signifie quelque chose de fixe et unique comme ont déjà tenté de le prouver les études faisant une association simple et directe entre une ou un groupe de techniques d'une approche spécifique et les résultats d'une psychothérapie (Jones, Parke et Pulos, 1992).

4.1.4 Les caractéristiques des clients

4.1.4.1 Les caractéristiques communes des clients

Dans l'ensemble, les clients de notre échantillon apparaissent comme anxieux et manifestent une tension ou des préoccupations suivant les résultats au PPQS. Ces

descriptions nous semblent compatibles avec la nature de leurs difficultés et de la symptomatologie de l'ÉSPT. Quoique l'ÉSPT ne soit plus considéré comme un trouble anxieux dans le DSM-V, que c'est l'évènement traumatique qui est dorénavant considéré comme le paradigme de base plutôt que l'anxiété et que la nouvelle formulation englobe une variété de phénotypes, le syndrome de l'ÉSPT compte tout de même des manifestations anxieuses qui demeurent un des idiomes de l'expression de la souffrance.

Pour ce qui est des autres caractéristiques du PPQS communes à l'ensemble de tous les clients au sujet de leur niveau d'activité, leur collaboration et leur motivation en rencontre, les clients sont apparus comme voulant briser des silences, apporter des sujets et les élaborer activement, débutant les séances directement et comprenant facilement leur psychothérapeute. Selon les analyses en fonction des conditions de rencontre, les clients sont tous apparus comme confiants et non soupçonneux envers leur psychothérapeute. Notons que ces caractéristiques pourraient être reconnues comme des éléments représentant certains des sept précurseurs favorables au processus de changement selon le modèle d'Hanna (2002), par exemple : le sens de la nécessité, les efforts déployés, la volonté et une bonne préparation pour affronter l'anxiété ou leurs difficultés, un niveau de conscience et une capacité d'identifier leurs difficultés ainsi que les conséquences de celles-ci sur leur vie et relations. Toutes ces caractéristiques représentent des indices favorables au changement en psychothérapie et pourraient expliquer en partie l'adhésion des clients au traitement proposé comparativement à ceux l'ayant abandonné. À ce sujet, il aurait été intéressant de pouvoir comparer les caractéristiques des clients ayant complété ce traitement aux caractéristiques de ceux qui l'ont abandonné ou qui en ont été exclus. Le taux d'abandon et d'exclusion de l'étude principale (Germain, 2008) nous semble élevé et compte huit abandons et six exclusions dans la condition en vidéoconférence ainsi que 12 abandons et sept exclusions dans la condition en face-à-face *versus* un

total de 46 clients ayant complété la psychothérapie. Les motifs d'abandon et d'exclusion étaient variés, mais n'ont pas été répertoriés de manière systématique. La seule donnée dont nous disposons à ce sujet est celle à l'effet qu'il n'existe pas de différence significative entre le groupe de clients ayant complété le traitement et ceux l'ayant abandonné au sujet des données sociodémographiques ainsi qu'au sujet de la sévérité et la fréquence des symptômes de l'ÉSPT (Germain, 2009).

4.1.4.2 Les éléments distinctifs selon les deux conditions de rencontre

Lorsque nous avons comparé les caractéristiques des clients au PPQS entre les conditions de rencontre, il semble que la condition de rencontre en vidéoconférence n'ait pas nui à la bonne compréhension de ceux-ci sur ce qui est attendu de leur part. Dans cette même condition, les clients sont connus pour être collaboratifs et ils ne semblent pas chercher davantage de proximité ou d'intimité avec leur psychothérapeute quoique celui-ci soit à distance. Ainsi, pour les séances psychothérapeutiques analysées en vidéoconférence, la thématique de la distance ou celle de présence ne semble pas avoir été notable ni avoir fait l'objet de discussion saillante.

Contrairement aux résultats de recherche provenant de la littérature qui montrent que les clients vus en vidéoconférence interactive rapportent se sentir confortables, moins intimidés et ressentir une plus grande facilité à l'expression émotionnelle que dans un contact en face-à-face (p.ex., Manchanda et McLarent, 1998; Simpson et coll., 2005; Simpson et Slowey, 2011; Yuen et coll., 2013), nos résultats révèlent que c'est dans la condition en face-à-face que les clients manifestent plus d'expression émotionnelle. Bien que les démarches psychothérapeutiques en face-à-face aient été évaluées comme davantage centrées sur le contenu, les clients de cette condition présentent

manifestement plus d'expressions d'émotions dont des affects pénibles (p. ex., la honte, la culpabilité, la peur ou la tristesse). Ces caractéristiques des clients et la manière des psychothérapeutes de solliciter leur sentiment de responsabilité au sujet des mesures à prendre pour s'améliorer, nous semblent également congruentes avec les observations à l'effet qu'ils soient plus tristes et déprimés. Il est d'ailleurs possible d'observer une correspondance entre ces observations et les scores plus élevés enregistrés aux évaluations pour les symptômes liés à la dépression pour les clients rencontrés en face-à-face.

4.1.4.3 Les éléments distinctifs selon les groupes d'amélioration symptomatique

Les éléments distinctifs au PPQS pour le groupe de clients présentant une amélioration symptomatique, montrent que ces clients ont davantage discuté de sujets entourant leur contexte de vie actuel, que leurs discussions étaient plus élaborées au niveau de la dimension de l'expérience cognitive touchant les idées et les croyances qu'ils ont pour juger les autres, soi ou le monde. Ces aspects semblent compatibles, en partie, avec la nature des difficultés des clients souffrant d'un ÉSPT et l'emprise de leurs difficultés dans le moment présent (p. ex., les pensées intrusives, récurrentes et involontaires, les *flashbacks* entraînant la perception et reviviscence d'un danger immédiat, l'évitement cognitif, la fragmentation des représentations de soi et des autres ainsi que des visions du monde). Ces clients ont également été connus pour avoir une attitude confiante et non soupçonneuse envers leur psychothérapeute, présenter un bon accord général à propos des commentaires et des remarques de ces derniers et présenter une bonne compréhension de ce qui était attendu de leur part et ce qui se produirait durant les rencontres. Ces observations nous semblent compatibles avec ce qui est reconnu, dans la littérature scientifique, pour être favorable au changement notamment au sujet d'une bonne alliance thérapeutique

regroupant des phénomènes organisés selon trois composantes soit l'entente sur les buts, l'entente sur les moyens et le lien affectif.

Les éléments distinctifs au PPQS pour les clients ne présentant pas d'amélioration symptomatique ou s'étant détériorés ont fait ressortir que ceux-ci sont connus comme étant plus tristes et déprimés. Nous avons aussi observé les clients n'élaborent pas sur les aspects relationnels et ils se concentrent davantage sur le contenu ne concernant pas directement les relations aux autres ni celle au psychothérapeute. Aussi, les discussions avec ces clients ont tendance à être centrées sur l'image de soi par exemple la conception, les sentiments, les attitudes et perceptions qu'a le client de lui-même. À propos de la dimension de l'expérience émotionnelle, ces clients ont été connus pour ressentir des affects désagréables et pénibles et exprimer des sentiments de colère ou agressifs qui ne sont pas dirigés envers leur psychothérapeute. Il est intéressant de constater les affinités thématiques pouvant exister entre les préoccupations entourant l'image de soi, les indices de leur expérience manifestement plus tristes et déprimés et l'expression d'affects pénibles. Les clients plus déprimés peuvent effectivement présenter un concept de soi plus fragile et fragmenté, avoir tendance à se blâmer et se dévaloriser, présenter un niveau plus faible de tolérance à l'élaboration des affects pénibles ainsi qu'être plus démunis au sujet des mécanismes de régulation. Dans le cas de clients présentant un ÉSPT et des humeurs dépressives, il n'est pas rare d'observer une intériorisation de la menace et l'émergence d'affects de colère suivant cette attaque au concept de soi. Malgré ces difficultés, ces clients ont toutefois été connus pour travailler de manière collaborative. Force est de constater que ces observations au sujet des caractéristiques de ces clients sont également concordantes avec les scores plus élevés enregistrés à l'échelle de mesure des symptômes dépressifs indiquant un niveau de sévérité plus grand. Aussi, dans la majorité des cas, les clients de ce groupe ont eu tendance à se détériorer aux trois sous-échelles d'évaluation symptomatique. En somme, pour 50% de l'échantillon de

recherche, la psychothérapie s'arrête à un moment où l'état symptomatique des clients s'est détérioré. Dans la littérature scientifique, il n'existe pas de consensus au sujet du lien direct entre le degré de changement soit les résultats psychothérapeutiques et la sévérité des symptômes, la comorbidité et le niveau de détresse (Bohart et Wade, 2013). Des questions restent ainsi en suspens afin de savoir si c'est la psychothérapie qui n'est pas ajustée aux clients et provoque cette détérioration ou bien si ces clients présentent des caractéristiques pouvant faire varier la durée du traitement ou encore que ceux-ci en soient à traverser une phase de changement précoce.

4.1.5 Résumé des résultats de recherche

Lorsque nous considérons l'ensemble de nos données obtenues au PPQS dans les différentes conditions de rencontre et les groupes d'amélioration symptomatique pour les trois variables du processus psychothérapeutique, nous constatons que toutes les dyades partagent 60% d'items en commun. De plus, il nous a été possible de voir que nos résultats concordent avec le modèle de Lambert (2013b) concernant différents facteurs communs. À partir des recherches empiriques et des théories de la psychothérapie, Lambert (2013b) a élaboré une liste séquentielle en trois catégories de facteurs communs (voir Annexe J). Ces catégories représentent une séquence développementale de ce qui se produit durant une psychothérapie. Les trois catégories sont celles de support, d'apprentissage et d'action et regroupent différents facteurs communs qui sont reconnus pour être en lien avec les résultats des psychothérapies. Plusieurs d'entre eux sont d'ailleurs supportés empiriquement. Dans cette liste il est possible de retrouver à la fois des ingrédients actifs attribuables à la relation thérapeutique, au psychothérapeute, au client ainsi qu'aux procédures de la psychothérapie. Nous constatons que plusieurs de ces facteurs communs ont été relevés par nos analyses descriptives dans les deux conditions de rencontre et les deux

groupes d'amélioration sans toutefois que l'on puisse tirer de conclusions directes en lien avec les conditions de rencontre ou les résultats thérapeutiques. Par exemple, nous avons vu ressortir « la structure/organisation », « l'environnement sécuritaire », « l'alliance thérapeutique » et « la participation active du psychothérapeute/client » comme facteurs de support. Pour les facteurs d'apprentissage, nous avons vu ressortir les « conseils », « l'assimilation des expériences problématiques », « l'apprentissage cognitif », « le raisonnement » et « le recadrage des perceptions de soi ». Pour les facteurs d'action, nous avons vu ressortir « l'affrontement des peurs », « le contrôle cognitif », « l'encouragement pour expérimenter de nouveaux comportements », « la prise de risques », « la pratique » et « le test de la réalité ». Ces différents facteurs communs sont considérés comme ayant un pouvoir curatif qui influence la réponse au traitement psychothérapeutique.

Quoique ces facteurs aient été observés, que la relation psychothérapeutique était généralement bonne, que les psychothérapeutes et les clients présentaient des caractéristiques et des conduites favorables au changement, ce n'est que 50% de notre échantillon qui a connu une amélioration symptomatique. L'autre moitié de l'échantillon s'est majoritairement détériorée sur le plan symptomatique et, fait intéressant, 100% des clients ont obtenu une référence pour la poursuite d'une psychothérapie après la fin du traitement à l'étude. Cette recommandation généralisée de la poursuite d'une autre psychothérapie suivant le traitement à l'étude ne remet pas nécessairement en cause l'efficacité psychothérapeutique générale, mais pose clairement le problème de la durée actuelle du traitement et suggère que les clients avaient des besoins qui n'ont pas pu être comblés lors de ce traitement et qu'ils se sont retrouvés à faire l'expérience d'un arrêt prématuré dans leur processus de changement. Cette dernière observation fait émerger selon nous d'autres questions et pistes de recherche bien intéressantes dont nous discuterons plus tard dans nos recommandations.

Dans l'ensemble, nous avons également pu constater que le travail entourant la dimension de l'expérience émotionnelle n'était pas un aspect saillant des rencontres évaluées. Sachant qu'il n'est pas donné à tous les psychothérapeutes de ressentir et de maintenir un solide sentiment de compétence et d'efficacité de même qu'une bonne capacité d'ajustement avec une clientèle souffrant d'un ÉSPT (Wilson et Thomas, 2004), il aurait été intéressant de pouvoir approfondir le lien entre le travail psychothérapeutique entourant la dimension émotionnelle et l'incidence sur le processus psychothérapeutique dans les différentes conditions de rencontre. Tous les professionnels ne sont pas outillés pareillement dans leurs savoirs-être et leurs savoirs-faire pour accueillir l'intense détresse que vivent ces clients. L'ÉSPT est l'une des psychopathologies qui sollicite, notamment, à la fois pour le client comme chez le psychothérapeute, l'expérience d'émotions intenses et de mécanismes de régulation qui le sont tout autant. Le psychothérapeute possède un rôle actif et une responsabilité, dans son travail avec les clients traumatisés quant à la facilitation de la régulation d'une expérience émotionnelle profonde et réparatrice (Courtois et Ford, 2013; Paivio et Pascual-Leone, 2010).

En dernier lieu, quoique plusieurs préjugés soient encore coriaces par rapport à la nature du contact entre le psychothérapeute et son client lors de la télépsychothérapie par vidéoconférence, par exemple au sujet de la distance ou de l'intimité, nos résultats tendent à montrer que les expériences de présence et de distance à l'autre sont susceptibles d'être vécues selon les mêmes règles relationnelles que ce soit lors de rencontres en vidéoconférence ou en face-à-face. Rappelons-nous que les sentiments de présence, d'intimité ou de distance à l'autre, que ce soit en vidéoconférence ou en face-à-face, peuvent être influencés par d'autres aspects tels que certaines caractéristiques des psychothérapeutes et des clients dont la qualité de la communication, l'empathie, le style d'attachement et la qualité de l'alliance thérapeutique.

4.2 Implications cliniques

Notre recherche tire son originalité de l'évaluation du processus psychothérapeutique lors d'une psychothérapie faisant l'utilisation de la vidéoconférence interactive, mais également de ses objectifs incluant l'étude des différents principes et facteurs actifs à la base du changement clinique. Parmi ces grands principes et facteurs, nous retrouvons la relation psychothérapeutique, les caractéristiques et les conduites des psychothérapeutes et celles des clients. Nous avons également évalué les dimensions du processus psychothérapeutique et la dimension des résultats sous l'angle de l'amélioration symptomatique de manière à intégrer différentes variables pour tenter de formuler une explication plus complexe et complète de l'expérience de la psychothérapie et du changement. De plus, l'utilisation des instruments de mesure du processus psychothérapeutique lors de trois phases de la psychothérapie (début, milieu et fin) nous a permis de procéder à des analyses transversales et d'accroître la représentativité des interactions entre les variables à l'étude et l'expérience générale de la psychothérapie (ce qui se produit lors des séances) et vient combler certaines des lacunes méthodologiques connues des études sur la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive. Jusqu'ici très peu de recherches se sont intéressées à ce qui se produit durant les séances de psychothérapie ainsi qu'à l'inclusion de tous ces facteurs lorsqu'il est question de la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive. L'étude de ces dimensions possède un apport transthéorique et une pertinence clinique à une époque où les nouveaux moyens de télécommunication sont de plus en plus accessibles. Nous estimons que notre travail et nos conclusions se sont orientés vers une meilleure compréhension de l'expérience des clients et celle des psychothérapeutes dans leurs ajustements et adaptations de la psychothérapie en vidéoconférence interactive comme en face-à-face. Le développement des connaissances sur les variables du processus psychothérapeutique dans le domaine de la télépsychothérapie peut également contribuer à la formation professionnelle et au

développement des compétences des psychothérapeutes dans leur exercice de la psychothérapie à distance.

En développant nos connaissances sur les conditions optimales d'utilisation de la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive, il serait notamment possible d'améliorer l'offre et l'accessibilité des services publics en régions éloignées lorsqu'il n'a pas pu être possible d'y remédier par la présence, en face-à-face, d'un psychologue compétent, ayant accès à de la formation continue et de la supervision.

4.3 Limites de l'étude

Certaines limites méthodologiques obligent à maintenir une réserve à l'égard des résultats de recherche obtenus. D'abord, la petite taille de notre échantillon ($n=8$) nous a contraints à faire des analyses visuelles descriptives. Rappelons que la puissance statistique n'était pas suffisamment élevée pour procéder à d'autres types d'analyses et établir des relations statistiquement significatives. Notre échantillon de recherche comporte une limite importante quant à la provenance du groupe de clients ayant consulté en vidéoconférence. Ce groupe de clients a été recruté en milieu urbain près des grands centres de services et de santé. Nous n'avons donc pas pu étudier en quoi consisterait l'expérience de la psychothérapie par vidéoconférence avec des clients provenant de régions éloignées, avec toutes les réalités complexes ou les caractéristiques uniques que peut présenter cette population en regard des enjeux qui lui sont propres tels qu'un accès limité aux soins de santé ou autres ressources professionnelles ou encore des enjeux sociaux, culturels, communautaires, économiques et technologiques définissant leur spécificité (Richardson et coll., 2009). Une autre limite méthodologique provient du petit nombre de psychothérapeutes ayant formé les dyades avec les huit clients. Cinq suivis sur huit

ont été menés par la même psychothérapeute. De ces cinq suivis, trois clients se sont détériorés dont un rencontré en vidéoconférence et deux rencontrés en face-à-face. Les deux autres clients qui ont connu une amélioration symptomatique ont été rencontrés en vidéoconférence. Il aurait été intéressant de pouvoir mesurer l'effet attribuable directement au psychothérapeute sur l'expérience de la condition de rencontre et quant aux résultats obtenus chez les clients. Toutefois, nos objectifs de recherche et nos instruments de mesure n'étaient pas appropriés pour répondre spécifiquement à cette question et la traçabilité des numéros d'identification des psychothérapeutes a été un aspect négligé lors de la cueillette des données affectant ainsi la fiabilité de cette information. Le petit nombre de psychothérapeute pourrait également avoir un lien avec la large part d'éléments communs entre les conditions et les groupes de client. Cette dernière limite est liée à une autre qui concerne la qualité des enregistrements vidéo et audio et l'archivage de ceux-ci ayant provoqué l'exclusion de plusieurs dyades lors de la sélection de l'échantillon de recherche nécessitant la transcription des séances. L'exclusion d'un grand nombre d'enregistrements des rencontres pourrait s'expliquer, en partie, par les résistances que pourraient susciter ces enregistrements chez les psychothérapeutes habitués à travailler à huit clos, à l'abri des regards ou de l'évaluation de leur compétence par autrui. De plus, quoique les psychothérapeutes n'apparaissent pas correspondre au modèle prototypique de la psychothérapie cognitive-comportementale, même si le traitement correspondait bien dans l'ensemble aux postulats de base de cette approche, il aurait été intéressant d'avoir accès à différentes approches de la psychothérapie afin d'élargir la perspective de l'efficacité psychothérapeutique lors de rencontres à distance avec la vidéoconférence.

Une autre limite importante est celle de l'absence de plusieurs données aux mesures du WAI et au SEQ qui exige de nuancer les résultats obtenus et la portée des conclusions au sujet de la variable de la relation thérapeutique. Ajoutons aussi les

limites inhérentes à l'utilisation du PPQS qui touchent la durée et la qualité de la formation des juges faisant la cotation de l'instrument ainsi que la consigne leur rappelant la nécessité de demeurer exempts de l'influence de leurs conceptions théoriques et personnelles. Cet aspect s'est avéré être un défi considérable qui aurait pu être atténué par une plus longue période d'entraînement à l'utilisation du PPQS ainsi qu'une plus grande équipe de juges cotateurs ayant des appartenances théorico-clinique diversifiées.

Nos objectifs de recherche visaient la comparaison entre deux conditions de rencontre et deux groupes d'amélioration symptomatique. Toutefois, il aurait été intéressant de faire des analyses de cas individuelles ($N=1$) sur les huit dyades et de les comparer entre elles afin d'approfondir l'exploration de la singularité de chaque suivi et des différentes variables du processus psychothérapeutique. Si nous avions procédé ainsi, avec un design de recherche approprié, nous aurions possiblement pu identifier s'il existait des tendances dans la cotation des items du PPQS selon les phases de la psychothérapie (début, milieu et fin). Au sujet des phases de la psychothérapie et des cinq temps rencontre ayant servi pour nos analyses descriptives, nous constatons que cela représente à la fois une force et une limite de notre étude. L'exploration de cinq rencontres lors de trois phases différentes de la psychothérapie a représenté une force considérable par rapport à plusieurs études où ce n'est qu'un seul temps de la psychothérapie qui est évalué. Toutefois, cela implique tout de même que les autres rencontres ont échappé à nos observations et auraient pu faire varier nos résultats par exemple au sujet de la présence du travail de l'expérience émotionnelle, de faille empathique ou de rupture et de fluctuation de l'alliance thérapeutique. Aussi, le choix et la force de nos instruments de mesure nous semblent limités pour évaluer plus précisément l'adaptation relationnelle du psychothérapeute aux caractéristiques de son client. Dans un autre registre, nous avons eu accès à des mesures symptomatiques prétraitement et post-traitement. D'une part, il aurait été intéressant de procéder à des

mesures symptomatiques durant le processus de psychothérapie, à différents temps ou phases du traitement, afin de suivre l'évolution des indices de micro-résultats. D'autre part, notre conception du changement allant au-delà du seul registre de l'évaluation symptomatique, l'amélioration symptomatique n'étant qu'un indice du changement, il aurait été intéressant de pouvoir évaluer d'autres dimensions de l'expérience du changement du client telles que la qualité, la satisfaction et le sens de la vie de ce dernier, les différentes sphères du fonctionnement et la dimension développementale-affective.

4.4 Recommandations et pistes de recherche futures

Un des enjeux actuels pour la recherche sur la psychothérapie est de demeurer proche de la réalité de la pratique clinique de la psychothérapie. Jusqu'à maintenant, peu de recherches se sont intéressées à la pratique réelle de la télépsychothérapie par la vidéoconférence interactive, les études ayant pour la plupart été réalisées dans des centres de recherche et dans le cadre d'institutions de soins de santé. Quoique nous n'avons pas relevé de différences concluantes entre les deux conditions de rencontre, d'autres études dans le contexte de pratique réelle pourraient être pertinentes afin de comprendre davantage les limites et les adaptations nécessaires à apporter dans la pratique de la télépsychothérapie afin d'offrir des conditions psychothérapeutiques optimales selon toute une variété d'approches psychothérapeutiques afin de répondre à toute la diversité et la complexité des différentes problématiques des clients rencontrés dans la pratique clinique. Aussi, plus d'études sont nécessaires avec des clientèles provenant des régions éloignées ou présentant des contraintes au déplacement ainsi que des clientèles présentant des troubles complexes et des symptômes chroniques, des populations qui nous semblent négligées par la recherche, mais qui existent bel et bien en pratique clinique. Dans cette optique, la question de la sécurité des interventions à distance peut être doublement importante lorsqu'il est

question de rencontrer des personnes souffrantes de manière sévère et chronique par exemple d'un ÉSPT complexe, de troubles de personnalité ou encore de risque suicidaire. Tel qu'il en est question dans le guide d'exercice concernant la pratique de la télépsychologie, il est recommandé aux psychothérapeutes de bien évaluer le caractère approprié de ces technologies avant d'y avoir recours pendant toute la durée des services pour s'assurer qu'ils sont rendus d'une manière appropriée, efficace et sécuritaire en plus d'être conscients des avantages et des limites que représentent les technologies qu'ils choisissent pour des clients particuliers, dans des situations particulières (OPQ, 2013). L'utilisation de la vidéoconférence exige l'exercice d'un bon jugement et d'une bonne éthique clinique afin de protéger l'aspect de la sécurité du traitement, de développer un cadre et un contrat psychothérapeutique clair et bien détaillé ainsi que de connaître les ressources alternatives ou d'urgence dans le milieu du client. Nous sommes d'avis que tant que ce médium soit au service du client et que le psychothérapeute en fait une utilisation congruente avec ses compétences et valeurs personnelles et professionnelles, la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive demeure au service de rencontre complémentaire dans le portrait général des soins et services de santé mentale. En ce sens, nos recommandations sur l'utilisation de la vidéoconférence interactive s'orientent vers une participation et une intégration intelligente de l'ensemble des ressources disponibles à travers la province pour le développement des services de psychothérapie et visant l'équité dans l'accessibilité du public à ces services.

Compte tenu de la pression exercée sur le système de la santé et des services sociaux par l'augmentation de la demande dans une période où les ressources demeurent limitées, on peut se demander si un moyen technologique mérite d'être utilisé chaque fois qu'il est possible physiquement d'y recourir et qui devrait en décider (MSSS, 2016). Les enjeux d'accessibilité et d'équité dans la répartition des ressources exerçant la psychothérapie sont nombreux touchant des dimensions sociales,

économiques, politiques, éthiques et légales. L'utilisation de technologies comme la vidéoconférence renouvelle les questions de l'efficacité et de la disponibilité des services. L'utilisation de la vidéoconférence ne devrait pas se limiter à ne donner accès qu'à des traitements validés empiriquement, mais devrait plutôt servir l'accès du public à des psychothérapeutes compétents, d'approches psychothérapeutiques diversifiées et possédant une expertise utile en temps et lieu opportun. Dans notre recherche, nous avons pu identifier certaines caractéristiques et conduites des psychothérapeutes telles que la capacité d'établir et de maintenir la relation psychothérapeutique ainsi que la capacité d'ajustement au client qui sont reconnues pour être associées à des gains psychothérapeutiques. En recherche, l'étude des variables du processus psychothérapeutique dont la relation psychothérapeutique, les caractéristiques et les conduites du client peut clairement contribuer au développement de nos connaissances pour rendre accessible ce qui fonctionne. En clinique, il est donc impératif selon nous de miser davantage sur l'accès à des services de qualité et à des psychothérapeutes compétents plutôt que sur des traitements spécifiques afin de protéger l'offre diversifiée des psychothérapies que ce soit dans des conditions de rencontres en vidéoconférence ou en face-à-face. Investir dans l'accessibilité des services de psychothérapie pourrait également vouloir dire de rendre accessible des spécialistes et leur expertise à travers des services de supervision clinique par vidéoconférence pour des psychothérapeutes et intervenants locaux. Sachant que la supervision clinique par vidéoconférence est possible et soutenue empiriquement (Barnett, 2011), plus d'études seraient pertinentes au niveau de l'incidence de l'offre de la supervision à distance, notamment en région, sur la qualité de la pratique clinique, hors des centres urbains, là où les enjeux éthiques peuvent être complexes et où se côtoient souvent les conflits d'intérêts et de rôles dans des régions où le nombre de psychothérapeutes et d'intervenants en santé mentale est limité.

L'examen de nos résultats de recherche nous amène à formuler d'autres réflexions et recommandations cette fois sur l'enjeu de la continuité des services et le rôle de la recherche dans la diffusion des connaissances. Puisque tous les suivis de psychothérapie de notre échantillon se sont terminés avec la recommandation de poursuivre une autre démarche, il apparaît essentiel de tenir compte de cet aspect pour poursuivre notre réflexion sur la durée de la psychothérapie, le processus de changement et ce qu'il en est des résultats de recherche évaluant le maintien des effets du traitement à long terme lors de relance plusieurs mois après la fin d'un traitement. Nous savons que les besoins des clients et la complexité de leur problématique peuvent faire varier la durée de la psychothérapie. Dans le cadre de notre étude, il y a lieu de se questionner sur la problématique entourant la durée de la psychothérapie et sur la phase de changement à laquelle s'arrêtent ces clients. Alors que leur démarche n'est pas terminée, la fin du traitement provoque une interruption de service, une séparation relationnelle qui ébranle la stabilité d'un lien. Sachant que la plupart des clients de notre échantillon avaient déjà obtenu des services de santé en lien avec leur ÉSPT et que les clients souffrant d'un ÉSPT présentent fréquemment des blessures liées à des enjeux de contrôle, de confiance et de sécurité, il nous semble important de réfléchir au caractère exigeant des expériences répétées d'interruption et de réinvestissement avec différents professionnels au niveau affectif et relationnel. En pratique clinique, il devient nécessaire d'assurer la continuité des services et de prendre en compte les effets actuels et indésirables de processus successifs et de redirection des clients en plus de se questionner sur l'effet de miser sur un nombre de rencontres bien précis et bien souvent moindre (Desjardins, 2014). Finalement, mentionnons que dans la littérature scientifique portant sur la validation des effets à long terme d'un traitement, les recherches tenant compte des références post-traitement font l'exception. Dans l'éventualité où les clients suivent la recommandation clinique de poursuivre une autre psychothérapie, il nous est donc impossible de savoir ce qui est réellement mesuré, lors de la relance, entre le traitement évalué et celui qui lui succède. Cette constatation nous apparaît

substantielle et avoir une incidence majeure sur notre interprétation des résultats de recherche ainsi que sur notre compréhension de l'efficacité psychothérapeutique notamment lorsque l'on se réfère à la durée optimale d'une psychothérapie.

D'autres recherches pourraient être conduites afin de cerner comment le client perçoit les services qu'il a reçus, ce qu'il juge avoir été aidant durant cet épisode de psychothérapie et sa perception de la terminaison précoce de sa psychothérapie. Peu de recherches abordent ce phénomène et la question de la succession des services à savoir notamment si les résultats obtenus participent à la construction et la consolidation de changements profonds et durables sachant que le processus de changement demeure un processus ouvert et en mouvance. Il aurait été intéressant dans la recherche actuelle de pouvoir recueillir le témoignage des clients sur ce qui a représenté pour eux les facteurs déterminants de leur démarche de changement, ce qu'ils ont estimé avoir été efficace dans l'amélioration de leur fonctionnement, leur compréhension d'eux-mêmes et de leur difficulté, la régulation ou la réduction de leurs symptômes et leur niveau de bien-être. Le recueil de ces témoignages ou la passation de questionnaires à cet effet aurait pu nous apporter des connaissances utiles si nous avions pu comparer encore une fois les deux conditions de rencontre ainsi que les clients sur le plan symptomatique en plus de valider la correspondance entre ce que les clients et les psychothérapeutes en disent dans une même dyade.

CONCLUSION

L'évaluation de la psychothérapie comporte un intérêt fondamental pour les enjeux associés au développement de la profession de psychologue, aux programmes de formation offerts, à la reconnaissance des compétences pour pratiquer la psychothérapie (dont en témoigne l'encadrement législatif de la loi 21 au Québec), aux politiques gouvernementales en santé, aux institutions offrant l'accès aux services de psychothérapie, au remboursement des frais de la psychothérapie par les assureurs, aux choix du public et aux attentes générales que l'on entretient envers les psychothérapeutes. L'évaluation du processus et de l'efficacité psychothérapeutique n'est pas seulement l'affaire de la recherche, mais repose également sur la responsabilité des cliniciens psychothérapeutes dans le cours de leur pratique. Il est essentiel pour l'enseignement, la formation et la supervision d'avoir une connaissance approfondie des qualités, des caractéristiques et des conduites à la fois des psychothérapeutes et des clients qui sont reconnues pour contribuer favorablement au processus de changement. Ces connaissances ont également une influence sur les enjeux de notre système de santé et des services sociaux au sujet de l'accessibilité à des services de psychothérapie de qualité, par des psychothérapeutes compétents, à travers une offre diversifiée d'approches psychothérapeutiques.

Dans cette recherche exploratoire, nous avons comparé le déploiement du processus psychothérapeutique entre deux conditions de rencontre et deux groupes de clients afin d'observer les similitudes et les différences au sujet des variables de la relation psychothérapeutique, des caractéristiques et des conduites du psychothérapeute et de celles du client. Nos analyses nous ont permis d'approcher, de l'intérieur, le processus psychothérapeutique se déployant dans une condition de rencontre récemment instituée, la télépsychothérapie par vidéoconférence interaction. Les résultats de cette étude nous ont permis de constater qu'il existe davantage de

similitudes que de disparités entre les dyades des deux conditions de rencontre (face-à-face et vidéoconférence) et des deux groupes présentant ou non une amélioration symptomatique. De ces similitudes, nous avons fait ressortir certaines qualités et compétences des psychothérapeutes pouvant favoriser le changement, des précurseurs du changement chez les clients ainsi que des facteurs communs associés aux résultats psychothérapeutiques. Peu de différences ont été observées et nous avons conclu qu'elles étaient davantage attribuables à la dynamique singulière à chaque dyade psychothérapeute-client plutôt qu'à de réelles différences intergroupes. Quoique nous ne soyons pas arrivés à évaluer plus spécifiquement la manière dont le psychothérapeute et le client s'adaptent ensemble à la technologie (p.ex., l'environnement de rencontre, la distance et les procédures spécifiques), nous pensons que ce phénomène d'ajustement relève de la force de la relation psychothérapeutique qui se noue entre eux. Nous posons aussi l'hypothèse que la congruence entre les valeurs et les compétences du psychothérapeute et le choix d'opérer une pratique de la télépsychothérapie par vidéoconférence interactive pourrait être un facteur favorable à une bonne pratique. L'interprétation des résultats nous a également permis de soulever certaines limites, notamment au sujet des références en fin de suivi et de la durée insuffisante de la psychothérapie, et de développer de nouvelles intuitions et hypothèses pouvant sous-tendre de nouvelles recherches.

En somme, l'évaluation de la psychothérapie prend tout son sens dans l'étude complexe, dynamique et non linéaire des contributions du psychothérapeute, du client et de leur relation (Lecomte et coll., 2004). L'étude des caractéristiques et des conduites des psychothérapeutes et des clients peut sans contredit nous apporter plus de connaissances sur l'utilisation efficace de la télépsychothérapie par vidéoconférence tout autant que sur la pratique en face-à-face. De cette manière, l'accessibilité à la psychothérapie garantira davantage l'accès à un psychothérapeute

efficace et compétent plutôt qu'à un traitement dont les interventions ont été validées empiriquement si l'on comprend bien que les techniques et les interventions spécifiques du psychothérapeute sont d'abord des actions relationnelles (Safran et Muran, 2000). En ce sens, espérons que les recherches futures, notamment celles sur l'utilisation de la vidéoconférence interactive, soient caractérisées par un intérêt grandissant pour l'étude des variables du processus psychothérapeutique.

ANNEXE A
Grille de cotation de l'intégrité thérapeutique

Sujet: _____

Entrevue no: _____

GRILLE DE COTATION DU TRAITEMENT TSPT
(Faire un X sur les stratégies utilisées)

STRATÉGIES À INCLURE

Psychoéducation sur le TSPT :

- Conceptualisation du trouble de stress post-traumatique
- Information sur les réactions de stress normales
- Feed-back sur l'évaluation du TSPT

Gestion de l'anxiété :

- Respiration diaphragmatique
- Relaxation progressive
- Diminution temporaire des sources, des situations et des stimuli qui déclenchent des réactions de stress post-traumatique intenses
- Contrôle des périodes de temps où le patient se souvient de l'événement
- Engagement dans des activités plaisantes ou relaxantes
- Procédure de résolution de problèmes
- Restructuration cognitive

Exposition en imagination et in-vivo :

- Lecture, narration ou écoute du scénario
- Exposition aux stimuli intéroceptifs
- Exposition à des bruits, images ou odeurs reliés à l'événement
- Exposition en imagination ou in vivo aux situations à l'aide d'une hiérarchie

Prévention de la rechute :

- Définir ce qu'est une rechute
- Identifier les facteurs de risque
- Planifier des stratégies de prévention de la rechute

STRATÉGIES A NE PAS INCLURE

- Arrêt de la pensée
- Distraction
- Réassurance
- Écoute passive
- Interprétations psychodynamiques
- Désensibilisation systématique
- Interventions axée sur la personnalité

ANNEXE B

Le protocole de transcription du verbatim des séances

PROTOCOLE DE TRANSCRIPTION DU VERBATIM DES SÉANCES DE PSYCHOTHÉRAPIE

Faire un verbatim signifie faire la transcription « textuellement » ou « mot pour mot » d'une allocution ou d'un discours. Il est donc un compte rendu fidèle de l'enregistrement des échanges entre le client et le psychothérapeute lors d'une séance de psychothérapie.

Fidèle : désigne le reflet le plus précis de l'échange réel entre le client et le psychothérapeute.

- Ne pas changer les mots ni la syntaxe.
- Reproduire la ponctuation telle que vous le feriez dans une dictée.
- Reproduire le contenu audible.

Pour chaque séance de verbatim complété :

- Initiales de l'auteur de la transcription
- Initiales du vérificateur

Marche à suivre pour la transcription des séances de psychothérapie

Identification du document WORD de transcription :

- Client en face-à-face : Verbatim FF # du client
- Client en vidéoconférence : Verbatim VC initiales du client (p.ex., VC-SYLA)

Identification du numéro de la rencontre :

- Si vous disposez d'une date sans numéro de séance, vérifiez au dossier du client afin de faire le lien avec le numéro exact de la séance de psychothérapie.
- Les cinq séances de psychothérapies sont transcrites sur le même document dûment enregistré.

Identification de l'interlocuteur :

- T = psychothérapeute
- C = client

Transcription du discours :

- Pour chaque interlocuteur, maintenir le même espace, la même ligne. Celle-ci s'élargit automatiquement au fil de la transcription.
- Changer de ligne lorsque l'autre interlocuteur parle en l'identifiant dans l'espace C/T.
- Transcrire les interjections (p.ex., « hum hum »).

Pour les segments inaudibles ou incompréhensibles :

- Réécouter à plusieurs reprises.
- Écouter la suite pour tenter de décoder les mots incompréhensibles.
- En dernier recours, identifier la première ou les premières lettres audibles suivies de ... et inscrire ?mot entre 2 parenthèses. Par exemple, "je suis ensuite aller à ir...((mot?)) avec mon ami du travail."
- Inscrire ((mot?)) pour les énoncés transcrits dans un langage manquant de clarté. Par exemple, le nom d'une ville étrangère, un dialecte, un type d'arme, etc.

Ajout du transcripteur :

- (()) Tout ce qui est entre parenthèses double a le transcripteur comme auteur. Mettre entre 2 parenthèses tout détail entendu qui n'est pas verbalisé dans l'échange entre le client et le thérapeute et qui donne un sens au discours (p.ex., rire, pleurer, bruit comme inspiration ou expiration puissante, etc.). Ce n'est pas un processus interprétatif, mais un compte rendu de ce qui est audible.
 - o Par exemple: « il ne m'en a jamais parlé... ((rire nerveux)) ».
- Les guillemets " " sont ajoutés seulement lorsque la personne fait parler ou cite quelqu'un d'autre.
 - o Par exemple, une citation du client pour être: là il m'a parlé très fort et mon mari a dit "ça suffit j'en peux plus", et là moi j'étais très en colère.

Mettre des ... :

- Suivant un mot ou un énoncé non terminé, qui est laissé en suspens. Par exemple: "Mon chien aime aller dehors, il court vite, je... mais il n'écoute pas ce que je lui dis."
- Suivant une hésitation ou une prolongation du son qui précède. Par exemple : eh... Hum... Pfff... .

Identification des silences :

- (.) Silence : un point par seconde. Par ex. : (...) = un silence de 3 secondes.
- Au-delà de quelques secondes, si le silence est prolongé, identifiez-le par un qualificatif, par exemple: ((silence prolongé)).

Identification de la ponctuation :

- ! Intonation significative d'exclamation. Si cela est pertinent, décrire l'emphase de l'intonation entre parenthèses doubles. Par exemple : « je n'en ai vraiment aucune idée ! ((surprise)) ».
- Écrire en majuscules les mots qui ont été dits avec une voix plus forte ou avec plus d'insistance. Par exemple : « J'en avais mon VOYAGE! ».
- ? Signifie une intonation interrogative.

- Les signes de ponctuation (la , ou le .) doivent respecter le dialogue et non une syntaxe idéale.

Identification d'un chevauchement d'interlocuteur :

- / Lorsqu'il y a interruption subite du discours ou chevauchement d'interlocuteur. Tel que lorsque quelqu'un se fait couper la parole. Par exemple :
 - o C: là ensuite je me dirigeais vers mon auto et puis je /
 - o T: vous avez une auto!
 - o C: (...) Oui, j'ai une voiture elle est rouge.
- Lorsque les 2 interlocuteurs parlent en même temps, inscrire chaque intervention pour chaque interlocuteur sur des lignes différentes avec la mention /.
- Lorsque le psychothérapeute fait des "hum hum" ou "ok" pendant que le client parle, ne pas segmenter l'interaction à l'exception d'une interruption complète du flot de parole du client. Ainsi, si on entend "hum hum" mais que le client maintient son discours, débiter la transcription du dialogue du psychothérapeute par « hum hum ». Si le client cesse de parler suite ou pendant le "hum hum", faire la transcription avec le symbole /.
- Si le chevauchement d'interlocuteur se produit sur plusieurs secondes, en faire mention entre doubles parenthèses. Par exemple : ((le client parle en même temps que le psychothérapeute)).

Notes importantes :

- * Faire attention à l'orthographe et aux erreurs de frappe.

ANNEXE C
Échelle modifiée des symptômes de l'ÉSPT : EMST

Échelle Modifiée des Symptômes du TSPT

Partie 1

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les deux dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour indiquer la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés. Ensuite, à l'aide de l'échelle de sévérité, encrer la lettre qui correspond le mieux à la sévérité de chacun des énoncés.

FRÉQUENCE

- 0 Pas du tout
1 Une fois par semaine ou moins/
un petit peu/une fois de temps en temps
2 2 à 4 fois par semaine/
assez/la moitié du temps
3 5 fois ou plus par semaine/
beaucoup/presque toujours

SÉVÉRITÉ

- A Pas du tout perturbant
B Un peu perturbant
C Modérément perturbant
D Beaucoup perturbant
E Extrêmement perturbant

FRÉQUENCE

SÉVÉRITÉ

- 1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement(s)? A B C D E
- 2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir des mauvais rêves ou des cauchemars récurrents concernant l'événement(s)? A B C D E
- 3. Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement(s), d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait. A B C D E
- 4. Avez-vous été perturbé(e) et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement(s) (incluant la date d'anniversaire de l'événement). A B C D E
- 5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement(s). A B C D E
- 6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement(s). A B C D E
- 7. Y-a-t'il des aspects importants de l'événement(s) dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler. A B C D E
- 8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement(s). A B C D E
- 9. Vous êtes vous senti(e) détaché(e) ou coupé(e) des gens autour de vous depuis l'événement(s). A B C D E
- 10. Avez-vous senti(e) que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué (ex.: incapable d'avoir des sentiments d'amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)? A B C D E
- 11. Avez-vous perçu(e) que les plans ou les espoirs futurs ont changés en raison de l'événement(s) (ex.: plus de carrière, mariage, enfants ou de vie longue)? A B C D E
- 12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistante à vous endormir ou à rester endormi(e)? A B C D E

FRÉQUENCE		SÉVÉRITÉ	
0	Pas du tout	A	Pas du tout perturbant
1	Une fois par semaine ou moins/ un petit peu/une fois de temps en temps	B	Un peu perturbant
2	2 à 4 fois par semaine/ assez/la moitié du temps	C	Modérément perturbant
3	5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/presque toujours	D	Beaucoup perturbant
		E	Extrêmement perturbant

_____ 13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère?	A	B	C	D	E
_____ 14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
_____ 15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte (par ex.: vérifier qui est autour de vous, etc.) depuis l'événement(s)?	A	B	C	D	E
_____ 16. Avez-vous été plus nerveux(se), plus facilement effrayé(e) depuis l'événement?	A	B	C	D	E
_____ 17. Avez-vous eu des réactions PHYSIQUES intenses (par ex: sueurs, palpitations) lorsqu'on vous rappelle l'événement(s)?	A	B	C	D	E

Version originale par Resick, P. A., Falseti, S. A., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G. (1991). *The Modified PTSD Symptom Scale---Self Report*. St. Louis, MO: University of Missouri & Charleston. Traduction par Stephenson, R., Brillon, P., Marchand, A., & Di Blasio, L. (1995). Université du Québec à Montréal. (Validation en cours.)

ANNEXE D
Inventaire de dépression de Beck : BDI-II (trad.)

BDI-II

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercliez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encercliez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

- | | |
|---|---|
| <p>1. Tristesse</p> <p>0 Je ne me sens pas triste.</p> <p>1 Je me sens très souvent triste.</p> <p>2 Je suis tout le temps triste.</p> <p>3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.</p> <p>2. Pessimisme</p> <p>0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.</p> <p>1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.</p> <p>2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.</p> <p>3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.</p> <p>3 Échecs dans le passé</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).</p> <p>1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.</p> <p>2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.</p> <p>3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.</p> <p>4 Perte de plaisir</p> <p>0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.</p> <p>1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.</p> <p>2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> <p>3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.</p> | <p>5 Sentiments de culpabilité</p> <p>0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p> <p>1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.</p> <p>2 Je me sens coupable la plupart du temps.</p> <p>3 Je me sens tout le temps coupable.</p> <p>6 Sentiment d'être puni(e)</p> <p>0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).</p> <p>1 Je sens que je pourrais être puni(e).</p> <p>2 Je m'attends à être puni(e).</p> <p>3 J'ai le sentiment d'être puni(e).</p> <p>7 Sentiments négatifs envers soi-même</p> <p>0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.</p> <p>1 J'ai perdu confiance en moi.</p> <p>2 Je suis déçu(e) par moi-même.</p> <p>3 Je ne m'aime pas du tout.</p> <p>8 Attitude critique envers soi</p> <p>0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.</p> <p>2 Je me reproche tous mes défauts.</p> <p>3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.</p> <p>9 Pensées ou désirs de suicide</p> <p>0 Je ne pense pas du tout à me suicider.</p> <p>1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.</p> <p>2 J'aimerais me suicider.</p> <p>3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.</p> |
|---|---|

<p>10 Pleurs</p> <p>0 Je ne pleure pas plus qu'avant.</p> <p>1 Je pleure plus qu'avant.</p> <p>2 Je pleure pour la moindre petite chose.</p> <p>3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.</p> <p>11 Agitation</p> <p>0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.</p> <p>2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.</p> <p>3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.</p> <p>12 Perte d'intérêt</p> <p>0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.</p> <p>1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.</p> <p>2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.</p> <p>3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.</p> <p>13 Indécision</p> <p>0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.</p> <p>2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.</p> <p>3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.</p> <p>14 Dévalorisation</p> <p>0 Je pense être quelqu'un de valable.</p> <p>1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.</p> <p>2 Je me sens moins valable que les autres.</p> <p>3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.</p> <p>15 Perte d'énergie</p> <p>0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.</p> <p>1 J'ai moins d'énergie qu'avant.</p> <p>2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.</p> <p>3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.</p>	<p>16 Modifications dans les habitudes de sommeil</p> <p>0 <u>Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.</u></p> <p>1a Je dors un peu plus que d'habitude.</p> <p>1b <u>Je dors un peu moins que d'habitude.</u></p> <p>2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.</p> <p>2b <u>Je dors beaucoup moins que d'habitude.</u></p> <p>3a Je dors presque toute la journée.</p> <p>3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.</p> <p>17 Irritabilité</p> <p>0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.</p> <p>1 Je suis plus irritable que d'habitude.</p> <p>2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.</p> <p>3 Je suis constamment irritable.</p> <p>18 Modifications de l'appétit</p> <p>0 <u>Mon appétit n'a pas changé.</u></p> <p>1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>1b <u>J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.</u></p> <p>2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.</p> <p>2b <u>J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.</u></p> <p>3a Je n'ai pas d'appétit du tout.</p> <p>3b J'ai constamment envie de manger.</p> <p>19 Difficulté à se concentrer</p> <p>0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.</p> <p>1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.</p> <p>2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.</p> <p>3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.</p> <p>20 Fatigue</p> <p>0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.</p> <p>1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.</p> <p>2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.</p> <p>3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.</p> <p>21 Perte d'intérêt pour le sexe</p> <p>0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.</p> <p>1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.</p> <p>2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.</p> <p>3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.</p>
--	---

ANNEXE E
Inventaire d'anxiété de Beck : BAI (trad.)

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affectée par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours j'ai été affectée par...		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangée	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	Sensations d'engourdissement ou de picotement.....	0	1	2	3
2.	Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	"Jambes molles", tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8.	Mal assurée, manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	Terrifiée	0	1	2	3
10.	Nervosité	0	1	2	3
11.	Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	Tremblements des mains	0	1	2	3
13.	Tremblements, chancelante	0	1	2	3
14.	Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15.	Respiration difficile	0	1	2	3
16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, "avoir la frousse"	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rougisement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

ANNEXE F
Inventaire de l'alliance thérapeutique : WAI (trad.)

W.A.I.

No du client: _____ Nom du thérapeute: _____ Date: _____

Vous trouverez ci-dessous 36 phrases concernant votre relation avec votre thérapeute. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacune des phrases. Inscrivez vos réponses dans l'espace à côté de chaque phrase.

1 = Pas vrai du tout 2 = Un petit peu vrai 3 = Légèrement vrai 4 = Relativement vrai
5 = Modérément vrai 6 = Très vrai 7 = Entièrement vrai

- _____ 1 Je me sens inconfortable avec mon (ma) thérapeute.
- _____ 2 Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation.
- _____ 3 Je m'inquiète à propos des résultats de la thérapie.
- _____ 4 Ce que je fais en thérapie me donne de nouvelles façons de voir mon problème.
- _____ 5 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous entendons bien.
- _____ 6 Mon (ma) thérapeute perçoit bien quels sont mes buts en thérapie.
- _____ 7 Je trouve que ce que je fais en thérapie est mêlant.
- _____ 8 Je crois que mon (ma) thérapeute m'aime bien.
- _____ 9 J'aimerais que mon (ma) thérapeute et moi puissions clarifier le but de nos rencontres de thérapie.
- _____ 10 Je ne suis pas en accord avec mon (ma) thérapeute à propos de ce que va m'apporter la thérapie.
- _____ 11 Je crois que le temps que mon (ma) thérapeute et moi passons ensemble n'est pas utilisé efficacement.
- _____ 12 Mon (ma) thérapeute ne comprend pas ce que j'essaie de réaliser en thérapie.
- _____ 13 Mes responsabilités en thérapie sont claires.
- _____ 14 Les objectifs des rencontres de thérapies sont importants pour moi.
- _____ 15 Je trouve que ce que mon (ma) thérapeute et moi faisons en thérapie n'est pas pertinent pour mes problèmes.
- _____ 16 Je sens que ce que je fais en thérapie va m'aider à accomplir les changements que je désire.
- _____ 17 Je crois que mon (ma) thérapeute est vraiment préoccupé(e) par mon bien-être.
- _____ 18 Ce que mon (ma) thérapeute attend de moi lors des rencontres de thérapie est clair.
- _____ 19 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous respectons mutuellement.
- _____ 20 Je sens que mon (ma) thérapeute n'est pas entièrement honnête à propos de ses sentiments envers moi.
- _____ 21 J'ai confiance que mon (ma) thérapeute est capable de m'aider.
- _____ 22 Mon (ma) thérapeute et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus.

- _____ 23 Je sens que mon (ma) thérapeute m'apprécie.
- _____ 24 Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie.
- _____ 25 Suite aux rencontres de thérapie, ce que je dois faire pour changer est plus clair à mes yeux.
- _____ 26 Mon (ma) thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre.
- _____ 27 Mon (ma) thérapeute et moi avons des opinions différentes quant à la nature de mes problèmes.
- _____ 28 Ma relation avec mon (ma) thérapeute est très importante pour moi.
- _____ 29 J'ai l'impression que si je dis ou fais quelque chose d'incorrect, mon (ma) thérapeute va me laisser tomber.
- _____ 30 Mon (ma) thérapeute et moi collaborons afin d'établir les objectifs de ma thérapie.
- _____ 31 Les choses que je fais en thérapie me frustrant.
- _____ 32 Nous avons établi une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour moi.
- _____ 33 Les choses que mon (ma) thérapeute me demandent n'ont pas de bon sens.
- _____ 34 Je ne sais pas à quoi m'attendre concernant les résultats de ma thérapie.
- _____ 35 Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte.
- _____ 36 Je sens que mon (ma) thérapeute s'occupe de moi et est préoccupé(e) par mon bien-être même lorsque je fais des choses qu'il(elle) n'approuve pas.

Version originale anglaise par Horvath et Greenberg (1989). Traduction libre par Stéphane Bouchard (1997), inspiré de la version brève (12 items) de Bachevalier et Salamé (1991).

W.A.I. - Post traitement

Id du client: _____ Nom du thérapeute: _____ Date: _____

Vous trouverez ci-dessous 36 phrases concernant la relation que vous aviez avec votre thérapeute. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacune des phrases. Inscrivez vos réponses dans l'espace à côté de chaque phrase.

1 = Pas vrai du tout 2 = Un petit peu vrai 3 = Légèrement vrai 4 = Relativement vrai
5 = Modérément vrai 6 = Très vrai 7 = Entièrement vrai

- _____ 1 Je me sentais inconfortable avec mon (ma) thérapeute.
- _____ 2 Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous étions entendus sur ce que j'avais à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation.
- _____ 3 Je m'inquiétais à propos des résultats de la thérapie.
- _____ 4 Ce que j'ai fait en thérapie m'a donné de nouvelles façons de voir mon problème.
- _____ 5 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous entendions bien.
- _____ 6 Mon (ma) thérapeute percevait bien quels étaient mes buts en thérapie.
- _____ 7 Je trouvais que ce que je faisais en thérapie était mélangé.
- _____ 8 Je crois que mon (ma) thérapeute m'aimait bien.
- _____ 9 J'aurais aimé que mon (ma) thérapeute et moi puissions clarifier le but de nos rencontres de thérapie.
- _____ 10 Je n'étais pas en accord avec mon (ma) thérapeute à propos de ce qu'il fallait m'apporter la thérapie.
- _____ 11 Je croyais que le temps que mon (ma) thérapeute et moi passions ensemble n'était pas utilisé efficacement.
- _____ 12 Mon (ma) thérapeute ne comprenait pas ce que j'essayais de réaliser en thérapie.
- _____ 13 Mes responsabilités en thérapie étaient claires.
- _____ 14 Les objectifs des rencontres de thérapie étaient importants pour moi.
- _____ 15 Je trouvais que ce que mon (ma) thérapeute et moi faisons en thérapie n'était pas pertinent pour mes problèmes.
- _____ 16 Je sentais que ce que je faisais en thérapie allait m'aider à accomplir les changements que je désirais.
- _____ 17 Je croyais que mon (ma) thérapeute était vraiment préoccupé(e) par mon bien-être.
- _____ 18 Ce que mon (ma) thérapeute attendait de moi lors des rencontres de thérapie était clair.
- _____ 19 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous respections mutuellement.
- _____ 20 Je sentais que mon (ma) thérapeute n'était pas entièrement honnête à propos de ses sentiments envers moi.
- _____ 21 J'avais confiance que mon (ma) thérapeute était capable de m'aider.
- _____ 22 Mon (ma) thérapeute et moi travaillions en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous étions entendus.
- _____ 23 Je sentais que mon (ma) thérapeute m'appréciait.
- _____ 24 Nous nous entendions sur ce qui était important pour moi de travailler en thérapie.

- _____ 25 Suite aux rencontres de thérapie, ce que je devais faire pour changer était plus clair à mes yeux.
- _____ 26 Mon (ma) thérapeute et moi avions confiance l'un dans l'autre.
- _____ 27 Mon (ma) thérapeute et moi avions des opinions différentes quant à la nature de mes problèmes.
- _____ 28 Ma relation avec mon (ma) thérapeute était très importante pour moi.
- _____ 29 J'avais l'impression que si je disais ou faisais quelque chose d'incorrect, mon (ma) thérapeute me laisserait tomber.
- _____ 30 Mon (ma) thérapeute et moi collaborions afin d'établir les objectifs de ma thérapie.
- _____ 31 Les choses que je faisais en thérapie me frustraient.
- _____ 32 Nous avions établi une bonne compréhension des changements qui étaient bons pour moi.
- _____ 33 Les choses que mon (ma) thérapeute me demandait n'avaient pas de bon sens.
- _____ 34 Je ne savais pas à quoi m'attendre concernant les résultats de ma thérapie.
- _____ 35 Je croyais que la façon dont nous travaillions sur mon problème était correcte.
- _____ 36 Je sentais que mon (ma) thérapeute s'occupait de moi et était préoccupé(e) par mon bien-être même lorsque je faisais des choses qu'il(elle) n'approuvait pas.

Version originale anglaise par Horvath et Greenberg (1986). Traduction libre par Stéphane Bouchard (1997), inspiré de la version brève (12 items) de Bechelor et Baumé (1991).

ANNEXE G

Questionnaire d'évaluation de la séance : QES (trad.)

Code du(de la) client(e)

--	--	--	--	--	--

Date _____

--	--	--	--

Année

--	--

Mots

--	--

four

ÉVALUATION DE LA RENCONTRE AVEC LE(LA) THÉRAPEUTE

Veillez place un "X" sur une des lignes entre chaque paire d'adjectifs pour indiquer comment vous évaluez cette rencontre.

Cette rencontre a été:

- | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|---------------|
| 1. Mauvaise | | | | | | | Bonne |
| 2. Sans danger | | | | | | | Risquée |
| 3. Difficile | | | | | | | Facile |
| 4. De grande valeur | | | | | | | Sans valeur |
| 5. Superficielle | | | | | | | Profonde |
| 6. Décontractée | | | | | | | Tendue |
| 7. Remplie | | | | | | | Vide |
| 8. Faible | | | | | | | Puissante |
| 9. Spéciale | | | | | | | Ordinaire |
| 10. Dure | | | | | | | Douce |
| 11. Agréable | | | | | | | Désagréable |
| 12. Confortable | | | | | | | Inconfortable |

À présent, je me sens:

- | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---------------|
| 13. Heureux(se) | — | — | — | — | — | — | Triste |
| 14. Fâché(e) | — | — | — | — | — | — | Content(e) |
| 15. Actif(ve) | — | — | — | — | — | — | Immobilisé(e) |
| 16. Incertain(e) | — | — | — | — | — | — | Déterminé(e) |
| 17. Impliqué(e) | — | — | — | — | — | — | Détaché(e) |
| 18. Calme | — | — | — | — | — | — | Excité(e) |
| 19. Confiant(e) | — | — | — | — | — | — | Effrayé(e) |
| 20. Alert(e) | — | — | — | — | — | — | Endormi(e) |
| 21. Amical(e) | — | — | — | — | — | — | Froid(e) |
| 22. Lent(e) | — | — | — | — | — | — | Vite |
| 23. Énergique | — | — | — | — | — | — | Serein(e) |
| 24. Tranquille | — | — | — | — | — | — | Stimulé(e) |

Aujourd'hui, mon/ma thérapeute en réadaptation a été:

- | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|
| 25. Habile | — | — | — | — | — | — | Maladroit(e) |
| 26. Froid(e) | — | — | — | — | — | — | Chaleureux(se) |
| 27. Digne de confiance | — | — | — | — | — | — | Peu fiable |

ANNEXE H
Psychotherapy Process Q-set : PPQS (trad.)



Psychotherapy Process Q-set (PQS)* EE Jones (2000).

Questionnaire de configuration psychothérapique

Traduction française de M Thurin, B Lapeyronnie, JM Thurin et JS Ablon.

Comment utiliser le PQS ? par E. Jones.

• Le but des 100 items du PQS est de fournir un langage de base pour la description et la classification des processus de la psychothérapie. Le PQS se veut en grande partie neutre tout en respectant chaque théorie particulière de thérapie et il devrait permettre de dépeindre un large éventail d'interactions thérapeutiques. L'utilisation d'un langage commun et d'une procédure de cotation définie fournit les moyens nécessaires pour caractériser de façon systématique l'interaction entre le thérapeute et le patient. Plutôt que de se concentrer sur de petits segments de communication du patient ou du thérapeute, l'évaluation des items porte sur une séance entière de thérapie, ce qui donne aux évaluateurs une possibilité plus grande de cerner les éléments importants et de prendre en compte des impressions assimilées et intégrées du processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index du processus thérapeutique qui peut être utilisé dans des analyses comparatives ou être étudié en relation à des évaluations pré et post thérapie.

La procédure est relativement simple. Après avoir étudié les données du processus et être arrivé à une certaine formulation du matériel, consultez les 100 items.

Vous allez classer leurs formulations en neuf catégories en plaçant à chaque extrémité ce qui vous semble le plus et le moins caractéristique, en rapport avec votre lecture des données.

Une méthode commode de tri est de constituer d'abord trois groupes d'items, un groupe des items caractéristiques, un groupe des items non caractéristiques et de placer les items restant dans l'intervalle. Aucune attention ne doit être portée pour le moment au nombre des items dans chaque groupe.

Quand les trois groupes d'items ont été constitués, ils peuvent être encore divisés, suivant cette fois des proportions appropriées. Le nombre des items qui doivent être placés dans chaque catégorie est présenté ci-dessous

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9
V	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Nb	5	6	12	16	18	16	12	8	5

C = catégories, V = valeur (moins caractéristiques, neutre, plus caractéristiques), Nb = nombre des items dans chaque catégorie

Vous pouvez ressentir un certain malaise au vu des contraintes qui vous sont imposées par la cotation des items du PQS et la procédure de leur classement.

Comme c'est également le cas pour d'autres systèmes d'analyse du contenu, le PQS est conçu pour ramener l'interaction complexe à des proportions maniables et pour obtenir une économie de recherche. Aucun instrument de cette sorte n'appréhende ou ne rend compte parfaitement de toutes les interactions thérapeutiques.

Il devrait être également noté que l'attribution d'un nombre fixe d'items à chaque catégorie s'est avérée empiriquement être une procédure qui a plus de valeur que la situation dans laquelle un clinicien peut attribuer n'importe quel nombre d'items à une catégorie.

Les items en eux-mêmes représentent un bon accord entre pensée et analyse psychométrique.

Alors que toutes les caractéristiques ou événements d'une thérapie particulière ne peuvent être exprimés par une cotation extrême de certains items, ils peuvent presque toujours être

appréhendés à partir d'une conjonction de deux items ou plusieurs items.

L'intention du PQS est de permettre la description des dimensions du processus de la psychothérapie à partir d'un placement approprié des items qui le décrivent et de la configuration finale d'éléments multiples qui est construite en conséquence.

Le PQS comprend trois types d'items :

1. Les éléments décrivant l'attitude et le comportement ou l'expérience du patient ;
2. Les éléments reflétant les actions et les attitudes du thérapeute ;
3. Les éléments essayant de cerner la nature de l'interaction de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la rencontre.

Les définitions ou les descriptions des éléments dans ce manuel, et les exemples fournis sont destinés à réduire au minimum les interprétations potentiellement différentes des items. Ils devraient donc être soigneusement étudiés. Les cotateurs sont invités à prendre la position « d'un autre en général », c.-à-d., d'un observateur qui aborde l'interaction entre le patient et le thérapeute de l'extérieur. En plaçant chaque élément, demandez-vous : Cette attitude, ce comportement, ou cette expérience est-il clairement présent (ou absent).

Si la réponse n'est pas convaincante, demandez-vous : Dans quelle mesure est-il présent ou absent ? Recherchez une preuve spécifique.

Essayez d'avoir l'esprit ouvert et d'être aussi objectif que possible. Évitez, par exemple, les jugements sur l'efficacité ou l'inefficacité d'une activité particulière du thérapeute, si elle est souhaitable ou non, à partir d'une position théorique particulière.

Soyez attentif aux idées préconçues que vous pouvez avoir au sujet des interactions thérapeutiques « idéales ». Essayez en particulier, de ne pas être affecté par vos réactions personnelles vis-à-vis du thérapeute ou du patient. Par exemple, évitez que vos cotations soient influencées par le fait que vous voudriez avoir cette personne comme votre thérapeute, ou par la façon dont vous pourriez réagir au patient si vous étiez le thérapeute.

Les évaluateurs ont parfois du mal à déterminer si un élément particulier doit être placé dans la catégorie *relativement neutre* ou *sans importance*, ou dans une des catégories reflétant que cet élément n'est *pas caractéristique* dans la séance.

Un élément devrait être placé dans la catégorie *neutre* quand il est vraiment non pertinent ou sans importance par rapport à l'interaction. Un placement plus extrême de l'item dans une direction *non caractéristique* signale que l'absence d'un comportement ou d'une expérience particulière est remarquable et qu'elle devrait être insérée dans la description de la séance. En d'autres termes, un événement dont il serait important de souligner l'absence afin de réaliser une description plus complète de la séance peut être appréhendé par le placement de l'item dans une catégorie non caractéristique plutôt que neutre. Beaucoup d'éléments ont des instructions spécifiques à ce sujet dans leurs définitions. Les cotateurs peuvent de temps en temps estimer qu'il n'y a pas de preuve suffisante pour faire une estimation de cette sorte (aussi bien que pour faire d'autres sortes de cotations d'éléments) avec certitude. Cependant, un travail approfondi a déjà démontré qu'avec de la patience et du soin, on peut atteindre une grande fidélité interjuges des descriptions à partir du PQS. •

* Publié dans *Therapeutic Action*. Jason Aronson Inc. 2000.

Description et manuel de cotation des 100 items.

● Item 1. Le patient verbalise des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité, vs. fait des commentaires d'approbation ou d'admiration).

- Placer vers caractéristique si le patient verbalise des sentiments de critique, d'antipathie, d'envie, de mépris, de colère, d'hostilité envers le thérapeute, p.e., le patient reproche au thérapeute de ne pas l'avoir suffisamment conseillé durant la thérapie.

- Placer vers non caractéristique, si le patient exprime des sentiments positifs et amicaux envers le thérapeute, p.e., lui adresse des compliments.

● Item 2. Le thérapeute attire l'attention sur le comportement non verbal du patient, p.e., sa posture corporelle, ses gestes.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute attire l'attention sur le comportement non verbal du patient, p.e., les expressions faciales, les rougissements, le rire, les raclements de gorge, ou les mouvements du corps, p.e., le thérapeute fait remarquer que, bien que le patient dise qu'il est fâché, il sourit.

- Placer vers non caractéristique s'il n'y a que peu ou pas d'attention portée au comportement non verbal.

● Item 3. Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient.

- Placer vers caractéristique si les réponses ou le comportement du thérapeute indiquent qu'il est en train d'écouter le patient et qu'il l'encourage à continuer avec des mm-hmm, oui, c'est sûr, c'est cela !

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne répond pas d'une façon qui facilite le discours du patient (l'item ne se rapporte pas à des questions, à des commentaires exploratoires).

Nb : La cotation de l'item se fonde sur l'intention du thérapeute, sans tenir compte de l'effet réel sur la facilitation du discours du patient.

● Item 4. Les buts du traitement du patient sont discutés.

- Placer vers caractéristique si les résultats que le patient souhaite atteindre à partir de sa thérapie font l'objet d'un échange (verbal). Ces désirs ou buts peuvent être relatifs à des changements personnels ou « internes », (p.e., « j'ai commencé ma thérapie pour surmonter ma dépression ») ou des changements de vie, (« je me demande si la thérapie me permettra de me marier »).

- Placer vers non caractéristique s'il n'y a aucune référence ou allusion faite par le thérapeute ou par le patient aux effets de la thérapie.

● Item 5. Le patient a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute.

- Placer vers caractéristique si le patient semble avoir du mal à comprendre les commentaires du thérapeute. Cela peut être soit défensif, soit le résultat d'un manque de clarté du thérapeute, p.e., lorsque le patient répète : « Quoi ? » ou indique sur un autre mode qu'il ne sait pas ce que le thérapeute veut dire.

- Placer vers non caractéristique si le patient comprend facilement les commentaires du thérapeute.

● Item 6. Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute ; empathique.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute fait preuve d'une capacité de sentir « le monde privé » du patient comme s'il était le sien ; si le thérapeute est sensible aux sentiments du patient et peut communiquer sa compréhension d'une manière qui semble adaptée au patient, p.e., le thérapeute fait une formulation qui indique une compréhension de la façon dont le patient s'est senti dans une certaine situation.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne semble pas avoir une compréhension sensible des sentiments ou de l'expérience du patient.

● Item 7. Le patient est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).

- Placer vers caractéristique si le patient manifeste une tension,

une anxiété ou une préoccupation. Cela peut être directement démontré par des formulations directes, p.e., « je me sens nerveux aujourd'hui », ou indirectement par des bégaiements ou d'autres indicateurs comportementaux.

- Placer vers non caractéristique si le patient apparaît calme ou détendu ou transmet un sentiment d'aisance.

● Item 8. Le patient est préoccupé ou en conflit à propos de sa dépendance à l'égard de son thérapeute (vs. à l'aise avec la dépendance, ou voulant une dépendance).

- Placer vers caractéristique si le patient apparaît inquiet ou mal à l'aise avec la dépendance, p.e., montre un besoin de prendre de la distance vis-à-vis du thérapeute ou révèle sur un certain mode une inquiétude vis-à-vis du fait de devenir dépendant de la thérapie.

- Placer vers non caractéristique si le patient paraît à l'aise avec le fait d'être dépendant. Cela peut prendre la forme d'expressions de détresse ; ou encore, le patient peut apparaître à l'aise avec, ou satisfait d'une relation de dépendance avec le thérapeute.

- *Coter neutre si le patient fait l'expérience d'un sentiment d'indépendance relative dans la relation thérapeutique.*

● Item 9. Le thérapeute est distant, lointain (vs. réceptif et impliqué affectivement).

- Placer vers caractéristique si l'attitude du thérapeute envers le patient est froide, formelle et détachée, ou caractérisée par un retrait émotionnel.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute est vraiment réceptif et impliqué affectivement.

● Item 10. Le patient cherche une plus grande intimité avec le thérapeute.

- Placer vers caractéristique si le patient semble souhaiter ou tenter de transformer la relation thérapeutique en une relation plus sociale ou personnelle et intime, p.e., le patient exprime de l'inquiétude pour le thérapeute ou tente de connaître la vie personnelle du thérapeute.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne paraît pas chercher une plus grande proximité avec le thérapeute.

● Item 11. Les sentiments et les expériences sexuels sont discutés.

- Placer vers caractéristique si la sexualité du patient est discutée. Cela peut prendre la forme d'une discussion de problèmes sexuels, des sentiments ou fantasmes sexuels du patient ou de ses expériences sexuelles réelles, p.e., le patient parle de vouloir avoir plus fréquemment des rapports sexuels avec un partenaire sentimental.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne discute pas de choses sexuelles ou érotiques.

● Item 12. Des silences surviennent durant la séance.

- Placer vers caractéristique s'il y a de nombreuses périodes de silence, des pauses significatives durant la séance ou quelques périodes prolongées de silence.

- Placer vers non caractéristique s'il y a peu de silences.

Nb : Des pauses brèves dans le discours ne devraient pas être cotées comme des silences, à moins d'être très fréquentes ou que leur durée dépasse plusieurs secondes.

● Item 13. Le patient est animé ou en éveil.

- Placer vers caractéristique si le patient exprime directement, ou affiche par son comportement un sentiment d'excitation ou manifeste un éveil d'une manière quelconque, p.e., le patient s'anime en réponse à une interprétation du thérapeute.

- Placer vers non caractéristique si le patient paraît s'ennuyer, éteint ou peu vivant.

● Item 14. Le patient ne se sent pas compris par le thérapeute.

- Placer vers caractéristique si le patient exprime de l'inquiétude, transmet le sentiment d'être incompris, ou suppose que le thérapeute ne peut pas le comprendre, p.e., une veuve qui

doute de la capacité du thérapeute de comprendre sa détresse puisqu'il n'a jamais été dans sa situation.

- Placer vers non caractéristique si le patient rend sensible d'une façon ou d'une autre le fait que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments, p.e., le patient commente, en réponse aux remarques du thérapeute : « Oui, c'est exactement ce que je veux dire ».

- Item 15. Le patient n'amorce pas de thèmes durant la séance, se montre passif.

- Placer vers caractéristique si le patient n'initie pas de sujets de discussion, n'apporte pas de problèmes ou n'arrive pas à prendre une initiative quelconque durant la séance, p.e., le patient affirme qu'il ne sait pas de quoi parler.

- Placer vers non caractéristique si le patient veut briser les silences, apporte des sujets, soit spontanément, soit en réponse aux explorations du thérapeute, et les poursuit ou les élabore activement.

- Item 16. Il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de la santé.

- Placer vers caractéristique si la discussion met l'accent sur les problèmes somatiques ou sur les symptômes physiques, p.e., le patient peut se plaindre de fatigue ou de maladie, d'avoir des maux de tête, des douleurs menstruelles, un petit appétit et ainsi de suite.

- Placer vers non caractéristique si les plaintes physiques ne sont pas un sujet important de discussion.

- Item 17. Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (p.e., structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).

- Placer vers caractéristique si le thérapeute intervient fréquemment. Ne pas coter sur la base de la perspicacité des interventions ou de leur caractère approprié, p.e., coter comme très caractéristique si le thérapeute est si actif qu'il interrompt fréquemment ou intervient pour poser des questions ou encore pour faire une remarque, ou fournit de nombreuses orientations durant la séance.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute intervient relativement peu fréquemment, et fait peu d'effort pour structurer l'interaction ; ou si le thérapeute tend à accompagner l'initiative du patient, p.e., en l'aidant à suivre le fil de ses pensées.

- Item 18. Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement (*Nb. Le placement vers non caractéristique indique une désapprobation, un manque d'acceptation*).

- Placer vers caractéristique si le thérapeute s'abstient de jugements ouvertement ou subtilement négatifs envers le patient ; un comportement « inacceptable » ou problématique du patient peut être exploré tout en transmettant le sentiment que le patient est respectable. Le thérapeute fait preuve d'une acceptation inconditionnelle.

- Placer vers non caractéristique si les commentaires ou le ton de la voix du thérapeute traduisent une critique, un manque d'acceptation. Un placement plus extrême indique que le thérapeute communique que le caractère ou la personnalité du patient est quelque peu déplaisant, insupportable ou perturbé.

- Item 19. La relation thérapeutique présente une qualité érotique.

- Placer vers caractéristique si la relation thérapeutique semble quelque peu sexualisée. Cela pourrait aller de la présence d'une relation chaleureuse à teinte érotique, à un comportement séducteur ou faussement timide de la part du patient, jusqu'à des désirs ouvertement affirmés de gratification sexuelle, p.e., le patient parle d'expériences sexuelles d'une façon qui vise à rechercher les intérêts sexuels du thérapeute.

- Placer vers non caractéristique si la relation thérapeutique semble fondamentalement non sexualisée ; un placement plus extrême dans cette direction indique que le patient ou le thérapeute évitent les sujets ou un comportement qui pourraient être perçus comme révélateurs d'un intérêt sexuel ; ou qu'il y a une tentative de refouler tout sentiment érotique.

- Item 20. Le patient est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique (*Nb. Un placement extrême vers non caractéristique implique que le patient se comporte de manière docile*).

- Placer vers caractéristique si le patient semble se comporter d'une manière qui a pour but de provoquer une réponse émotionnelle du thérapeute, p.e., le patient peut susciter un rejet du thérapeute en se comportant d'une façon qui pourrait le mettre en colère, ou en violant un aspect ou un autre du contrat thérapeutique.

- Placer vers non caractéristique si le patient est particulièrement docile ou déferent ou semble jouer le rôle de « bon patient » comme une façon de courtiser le thérapeute.

- Item 21. Le thérapeute parle de ou révèle quelque chose de personnel (se dévoile).

- Placer vers caractéristique si le thérapeute révèle une information personnelle, ou des réactions personnelles au patient, p.e., le thérapeute dit au patient où il a grandi ou dit au patient : « Je trouve que vous êtes une personne sympathique ».

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute s'abstient d'une telle révélation. Un placement plus extrême dans cette direction indique que le thérapeute ne se dévoile pas, même quand le patient exerce une pression pour que le thérapeute le fasse, p.e., le thérapeute ne répond pas directement à la question quand le patient lui demande s'il est marié.

- Item 22. Le thérapeute se centre sur les sentiments de culpabilité du patient.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute se centre sur les sentiments de culpabilité du patient ou y porte attention d'une façon ou d'une autre, particulièrement quand il y a une intention d'aider à alléger de tels sentiments. p.e., le thérapeute remarque que la patiente semble ressentir de la culpabilité quand occasionnellement elle ne répond pas à une des requêtes incessantes de sa fille de l'aider.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne met pas l'accent sur les sentiments de culpabilité du patient.

- Item 23. Le dialogue porte sur un thème spécifique.

- Placer vers caractéristique si l'interaction est maintenue sur un thème unique ou sur peu de sujets de base, p.e., le sujet principal de la séance est le sentiment du patient d'avoir échoué à se montrer digne des attentes de son père, tout au long de toute sa vie, et de différentes façons.

- Placer vers non caractéristique si de nombreux sujets sont discutés ou si le dialogue semble quelque peu diffus.

- Item 24. Les propres conflits émotionnels du thérapeute s'imposent dans la relation thérapeutique.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute semble répondre de manière inefficace ou inadéquate et quand cette réponse ne vient pas seulement de la rencontre thérapeutique, mais provient vraisemblablement de conflits émotionnels et psychologiques du thérapeute, c'est-à-dire d'une réaction de contre-transfert, p.e., le thérapeute semble écarter certains affects que le patient exprime ou a besoin d'exprimer.

- Placer vers non caractéristique si les réponses émotionnelles du thérapeute ne s'imposent pas dans la relation thérapeutique de façon inappropriée.

- Item 25. Le patient a des difficultés à commencer la séance.

- Placer vers caractéristique si le patient manifeste de la gêne ou un malaise au début ou pendant les premières minutes de la séance, p.e., après un long silence, le patient dit : « Et bien, je ne sais pas quoi dire aujourd'hui ».

- Placer vers non caractéristique si le patient commence la séance directement, sans pauses prolongées ou questions d'incitation du thérapeute.

- Item 26. Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).

- Placer vers caractéristique si le patient exprime des sentiments de honte, de culpabilité, de peur, ou de tristesse au

cours de la séance. Un placement extrême indique l'intensité de l'affect.

- Placer vers non caractéristique si le patient n'exprime pas de tels sentiments pénibles, ou exprime des sentiments de confort ou de bien-être.

● Item 27. Le thérapeute donne un avis et des conseils explicites (vs. s'abstient de le faire même s'il y est poussé).

- Placer vers caractéristique si le thérapeute donne un avis explicite ou fait des suggestions particulières que le patient est alors libre d'accepter ou d'ignorer, p.e., le thérapeute dit : « Vous savez, vous pourriez trouver utile de consulter un avocat sur la façon de prendre en main votre succession ». Ou le thérapeute pourrait guider le patient à considérer une série d'options et à explorer chaque alternative, p.e., le thérapeute peut souligner des possibilités que le patient néglige et guider le patient à explorer les conséquences possibles de chaque ligne d'action.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute s'abstient de donner des conseils ; un placement extrême dans cette direction indique que le thérapeute ne fournit pas du tout de tels conseils en dépit de la pression du patient pour qu'il le fasse.

● Item 28. Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute semble percevoir de façon précise l'expérience qu'a le patient de la relation thérapeutique. Cela devrait être inféré à partir des commentaires du thérapeute, de ses interventions, ou de sa position générale envers le patient. Le jugement devrait être indépendant du type de thérapie menée (c-a-d, cognitivo-comportementale, psychanalytique) ; le cotuteur devrait essayer une évaluation en partant de la perspective du type de thérapie représenté.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute semble, d'une certaine manière, mal percevoir l'état émotionnel du patient, l'intention de son discours, la nature de l'interaction avec lui, ou semble mal formuler le problème.

● Item 29. Le patient parle de vouloir être séparé ou à distance.

- Placer vers caractéristique si le patient parle de vouloir une plus grande distance ou exprime un sentiment d'indépendance vis-à-vis de quelqu'un (pas du thérapeute), p.e., affirme désirer être enfin libre de l'influence de ses parents.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne parle pas de vouloir être séparé, indépendant ou détaché.

● Item 30. La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, p.e., sur des idées ou des systèmes de croyances.

- Placer vers caractéristique si le dialogue met l'accent sur l'utilisation de thématiques idéationnelles conscientes, de croyances ou de constructions particulières pour juger les autres, soi ou le monde, p.e., le thérapeute suggère d'examiner de plus près l'idée ou la croyance du patient suivant laquelle, s'il n'accomplissait pas parfaitement tout ce qu'il vise, il est un bon à rien.

- Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas de discussion sur de telles idées ou concepts.

● Item 31. Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute pose des questions conçues pour obtenir de l'information ou presse le patient de donner une description plus détaillée d'un événement, p.e., le thérapeute pose des questions sur l'histoire personnelle du patient ou s'enquiert des idées qui ont traversé son esprit quand il a fait une rencontre par hasard dans la rue.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne cherche pas activement à obtenir une information.

● Item 32. Le patient réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.

- Placer vers caractéristique si une nouvelle perspective, un nouveau lien ou une nouvelle attitude ou un contenu évité émerge durant la séance, p.e., à la suite d'une remarque du thérapeute, le patient semble pensif et dit : « Je pense que

c'est vrai. Je n'ai jamais vraiment pensé à la situation comme ça avant ».

- Placer vers non caractéristique si aucun nouvel *insight* ou prise de conscience n'émerge durant la séance.

● Item 33. Le patient parle de sentiments concernant le fait d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.

- Placer vers caractéristique si le patient parle d'être ou de vouloir être proche ou intime de quelqu'un (à l'exclusion du thérapeute), p.e., le patient affirme qu'il est seul et qu'il aimerait être avec quelqu'un.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne fait pas état d'un désir d'être proche ou intime de quelqu'un.

● Item 34. Le patient reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés.

- Placer vers caractéristique si le patient tend à projeter à l'extérieur ses difficultés, en accusant les autres ou des événements fortuits, p.e., le patient revendique que ses problèmes au travail proviennent de la malchance avec ses employeurs.

- Placer vers non caractéristique si le patient tend à assumer la responsabilité de ses problèmes, p.e., en notant que le déplaisir dans les relations amoureuses peut être le résultat du choix de partenaires qui ne lui conviennent pas.

● Item 35. L'image de soi est un point central de discussion.

- Placer vers caractéristique si le sujet de la discussion est la conception, les sentiments, les attitudes et les perceptions qu'a le patient de lui, soit positifs, soit négatifs, p.e., la patiente dit à quel point il peut être difficile pour elle de se défendre parce qu'elle se vit alors comme trop agressive.

- Placer vers non caractéristique si les images de soi jouent peu ou pas dans le dialogue.

● Item 36. Le thérapeute pointe au patient qu'il utilise des mécanismes de défense, p.e., annulation, déni.

- Placer vers caractéristique si un sujet principal porte sur les opérations de contrôle utilisées par le patient pour éviter la prise de conscience d'une information ou de sentiments menaçants, p.e., le thérapeute précise comment le patient est obligé d'affirmer qu'il aime son père, directement après avoir fait des remarques critiques à son sujet.

- Placer vers non caractéristique si ce type d'interprétation des défenses joue peu ou aucun rôle dans la séance.

● Item 37. Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique).

- Placer vers caractéristique si l'attitude du thérapeute ou sa position envers le patient ressemble à celle d'un professeur envers un étudiant. Cela peut être jugé de manière indépendante du contenu, p.e., le thérapeute peut communiquer une information ou faire des suggestions sans se comporter de manière didactique ou professorale ; de façon alternative, des interprétations pourraient être données sous la forme d'une instruction.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne prend pas le rôle d'un tuteur dans la relation avec le patient.

● Item 38. Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.

- Placer vers caractéristique s'il y a discussion d'une activité particulière que la patiente pourrait tenter en dehors de la thérapie comme tester la validité d'une croyance particulière, ou se comporter différemment de ce qu'elle pourrait typiquement faire, ou lire des livres, p.e., il est envisagé pour la patiente de faire face à une situation anxiogène ou à un objet habituellement évité.

- Placer vers non caractéristique s'il n'y a aucune discussion à propos d'une tentative de la patiente de réaliser des actions particulières de cette sorte en dehors de la thérapie.

● Item 39. Il existe une dimension de compétitivité dans la relation.

- Placer vers caractéristique si, soit le patient soit le thérapeute semble en compétition avec l'autre. Cela peut prendre la forme

d'une vantardise, d'un « surenchérissement », ou d'une tentative de rabaisser l'autre, p.e., le patient suggère que le thérapeute vit une vie cloîtrée, alors que lui vit et travaille dans le monde réel.

- Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas de sentiment de compétitivité entre le patient et le thérapeute.

● Item 40. Le thérapeute formule des interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient (Nb. Le placement vers non caractéristique indique que le thérapeute fait des interprétations générales ou non personnalisées).

- Placer vers caractéristique si les interprétations du thérapeute se réfèrent à des gens particuliers que le patient connaît, p.e., le thérapeute dit : « Vous vous êtes senti blessé et en colère quand votre mère vous a critiqué ».

- Placer vers non caractéristique si les interprétations ne se réfèrent pas à des gens particuliers, ou se réfèrent à d'autres aspects de la vie du patient, p.e., le thérapeute commente : « Vous semblez avoir tendance à vous retirer quand les autres deviennent proches ».

● Item 41. Les aspirations ou les ambitions du patient sont des sujets de discussion.

- Placer vers caractéristique si le patient parle de projets de vie, de buts, de désirs de succès ou de statut, p.e., la patiente parle de ses espoirs de devenir avocate et de bien gagner sa vie.

- Placer vers non caractéristique si le patient montre ou parle d'une restriction de ses attentes futures dans la discussion de projets ou de rêves réalistes.

● Item 42. Le patient rejette (vs. accepte) les commentaires et les observations du thérapeute.

- Placer vers caractéristique si le patient est typiquement en désaccord avec les suggestions, les observations ou les interprétations du thérapeute ou les ignore, p.e., après que le thérapeute ait fait une interprétation importante, le patient a fait remarquer d'un air détaché qu'il ne pensait pas que c'était tout à fait ça.

- Placer vers non caractéristique si le patient a tendance à être d'accord avec les remarques du thérapeute.

● Item 43. Le thérapeute suggère le sens du comportement des autres.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute tente d'interpréter le sens du comportement de l'entourage de vie du patient, p.e., le thérapeute suggère que le partenaire amoureux du patient a des problèmes d'intimité.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne fait pas de commentaires sur la signification du comportement des autres.

● Item 44. Le patient se sent sur ses gardes ou soupçonneux (vs. confiant et en sécurité).

- Placer vers caractéristique si le patient semble circonspect, méfiant ou soupçonneux envers le thérapeute, p.e., le patient se demande si le thérapeute l'aime vraiment bien ou s'il y a un autre sens caché dans les remarques du thérapeute.

- Placer vers non caractéristique si le patient semble confiant et non soupçonneux.

● Item 45. Le thérapeute adopte une attitude de soutien.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute assume une position de soutien, comme celle d'un avocat envers le patient. Cela peut prendre la forme d'une approbation de quelque chose que le patient a réalisé, ou d'un encouragement, p.e., de l'affirmation de soi du patient. Le thérapeute peut être d'accord avec l'affirmation positive de soi du patient ou mettre l'accent sur les ressources du patient, p.e., : « Vous l'avez fait dans le passé et vous pouvez le faire de nouveau ».

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à ne pas assumer un rôle de soutien de ce type.

● Item 46. Le thérapeute communique avec le patient dans un style clair et cohérent.

- Placer vers caractéristique si le langage du thérapeute est sans ambiguïté, direct et facilement compréhensible. Coter

comme très caractéristique si le style verbal du thérapeute est évocateur et marqué par la fraîcheur des mots et des expressions.

- Placer vers non caractéristique si le langage du thérapeute est diffus, excessivement abstrait, jargonneux ou stéréotypé.

● Item 47. Quand l'interaction avec le patient est difficile, le thérapeute s'adapte en essayant d'améliorer les relations.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute semble désirer et être ouvert à parvenir à un compromis et à une adaptation quand un désaccord survient, ou quand des conflits surgissent dans la dyade, p.e., quand le patient en veut au thérapeute, il fait des efforts pour apaiser le patient.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne fait pas d'effort pour améliorer les choses quand l'interaction devient difficile.

● Item 48. Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute encourage le patient à avoir une opinion personnelle et à agir en fonction de ce qu'il pense être le mieux, p.e., le thérapeute remarque qu'il a maintenant entendu de son patient ce que sa mère ou ses collègues pensent qu'il devrait faire, mais que ce que le patient veut ou pense lui-même n'est pas clair.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute n'introduit pas la question de l'indépendance ou de l'initiative comme sujet de discussion.

● Item 49. Le patient éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute.

- Placer vers caractéristique si le patient exprime des sentiments mitigés envers le thérapeute ou si les verbalisations manifestes du patient à propos du thérapeute ne correspondent pas avec la tonalité de son comportement ou de sa manière générale, ou s'il semble y avoir un certain déplacement de sentiments, p.e., le patient est allègrement d'accord avec la suggestion du thérapeute, mais il continue à exprimer de l'hostilité envers les gens qui lui disent ce qu'il doit faire.

- Placer vers non caractéristique s'il y a peu d'expression d'ambivalence du patient envers le thérapeute.

● Item 50. Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par le patient comme inacceptables (colère, envie, excitation).

- Placer vers caractéristique si le thérapeute commente ou met l'accent sur des sentiments qui sont considérés comme mauvais, inappropriés ou dangereux par le patient, p.e., le thérapeute remarque que le patient ressent parfois une haine jalouse envers son frère plus brillant.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à ne pas souligner les réactions émotionnelles que le patient trouve difficile de reconnaître ou d'accepter.

● Item 51. Le thérapeute est hautain ou traite son patient avec condescendance.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute semble être condescendant envers le patient, le traite comme s'il était moins intelligent, moins accompli ou moins raffiné. Cela peut être inféré à partir de la façon suivant laquelle le thérapeute délivre ses commentaires ou donne un conseil.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute traduit par sa façon d'être, le ton de sa voix, ou ses commentaires qu'il ne prend pas une attitude de supériorité.

● Item 52. Le patient se repose sur le thérapeute pour résoudre ses problèmes.

- Placer vers caractéristique si le patient semble présenter ses problèmes au thérapeute d'une façon qui suggère un espoir ou une attente que le thérapeute lui apportera un avis ou des suggestions spécifiques comme solution, p.e., le patient exprime de façon incertaine s'il doit ou non rompre avec une relation sentimentale et demande au thérapeute ce qu'il doit faire. Remarquez que la demande de solution n'a pas besoin d'être

faite explicitement, mais peut être sous entendue par la façon du patient de présenter le problème.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne semble pas compter explicitement ou implicitement sur le thérapeute pour résoudre ses problèmes.

● Item 53. Le patient se soucie de ce que son thérapeute pense de lui.

- Placer vers caractéristique si le patient semble s'inquiéter de ce que le thérapeute pourrait penser de son comportement, ou s'il est préoccupé par le fait d'être jugé, p.e., le patient pourrait commenter : « vous êtes probablement en train de penser que c'était une chose stupide à faire ». Le cotateur peut également faire cette inférence à partir du comportement du patient, p.e., le patient se vante de réussites afin d'impressionner le thérapeute de façon favorable.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne semble pas s'inquiéter du type d'impression qu'il crée ou semble ne pas se préoccuper d'être jugé par le thérapeute.

● Item 54. Le patient est clair et organisé dans son expression.

- Placer vers caractéristique si le patient s'exprime d'une manière qui est facilement compréhensible et relativement claire et fluide.

- Le placement vers non caractéristique indique un discours décousu, vague et avec de fréquentes digressions. Cela peut parfois être jugé par l'incapacité du cotateur de suivre aisément les liens entre les thèmes que le patient aborde.

● Item 55. Le patient exprime des attentes positives au sujet de sa thérapie.

- Placer vers caractéristique si le patient exprime l'espoir ou l'attente que la thérapie lui sera utile. Un placement plus extrême dans cette direction indique que le patient exprime des attentes positives irréalistes. c'est-à-dire que la thérapie va résoudre tous ses problèmes et sera une protection contre les difficultés futures, p.e., le patient peut exprimer l'espoir que la thérapie lui fournira des résultats rapides.

- Placer vers non caractéristique si le patient exprime des critiques sur sa thérapie, p.e., traduit un sentiment de déception que sa thérapie ne soit pas plus efficace ou satisfaisante. Un placement plus extrême indique que le patient exprime un scepticisme, un pessimisme ou une déception sur ce qui peut être accompli en thérapie.

● Item 56. Le patient parle de ses expériences comme si elles étaient distantes de ses sentiments (coter comme neutre si l'affect et sa signification sont évidents mais modulés).

- Se référer à l'attitude du patient envers le matériel verbal qu'il exprime, à quel point il semble s'en soucier, tout autant que de l'importance de l'expression affective manifeste qui l'accompagne. Placer vers très caractéristique si le patient affiche peu d'inquiétude ou de sentiment et est généralement terne, impersonnel ou indifférent sans enthousiasme (la tension peut être ou ne pas être apparente).

- Coter non caractéristique si l'affect et sa signification sont apparents, mais bien modulés et équilibrés par un matériel plus tranquille. Placer vers très non caractéristique si le patient exprime un affect aigu ou une explosion émotionnelle et se sent profondément concerné.

● Item 57. Le thérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute explique un aspect particulier de la thérapie au patient, ou répond à des questions sur le processus du traitement, p.e., le thérapeute peut dire au patient à partir d'une de ses questions directes ou d'une de ses requêtes qu'il préfère ne pas répondre immédiatement dans la mesure où cela devrait fournir une meilleure occasion d'explorer des pensées ou des sentiments associés à sa question. Cet item est aussi conçu pour saisir la façon dont le thérapeute suggère au patient l'usage de certaines techniques thérapeutiques ou les lui enseigne. p.e., le thérapeute suggère au patient

d'essayer de se centrer sur ses sentiments, de fermer les yeux et de tenter d'imaginer une scène, ou de tenir une conversation en imagination avec quelqu'un pendant la séance.

- Placer vers non caractéristique si peu ou aucun effort n'est fait par le thérapeute pour expliquer l'arrière plan rationnel de certains aspects du traitement, même s'il existe une pression ou qu'il peut y avoir une certaine utilité à le faire.

● Item 58. Le patient résiste à l'examen des pensées, réactions ou motivations associées à ses problèmes.

- Placer vers caractéristique si le patient est peu disposé à examiner son propre rôle dans la perpétuation des problèmes, p.e., en refusant, en évitant, en bloquant ou en changeant de façon répétée de sujet chaque fois qu'un thème particulier est introduit.

- Placer vers non caractéristique si le patient est activement pensif, et est capable de poursuivre des enchaînements d'idées qui pourraient être émotionnellement stressants ou destabilisants.

● Item 59. Le patient se sent insuffisant et inférieur (vs. efficace et supérieur).

- Placer vers caractéristique si le patient exprime des sentiments d'insuffisance, d'infériorité ou d'inefficacité, p.e., le patient déclare que rien de ce qu'il tente ne marche comme il l'espère.

- Placer vers non caractéristique si le patient exprime un sentiment d'efficacité, de supériorité ou même de triomphe, p.e., raconte ses succès personnels ou attire l'attention sur une qualité ou une compétence personnelle.

● Item 60. Le patient vit une expérience cathartique (Nb. Coter non caractéristique si l'expression émotionnelle n'est pas suivie d'un sentiment de soulagement).

- Placer vers caractéristique si le patient obtient un soulagement en libérant un sentiment refoulé ou réprimé, p.e., le patient pleure intensément sur la mort d'un parent, puis indique au thérapeute qu'il se sent mieux après avoir exprimé ses sentiments.

- Placer vers non caractéristique si l'affect fort ressenti n'est pas suivi d'un sentiment de relaxation ou de soulagement.

- Placer vers neutre si l'expérience cathartique ne joue que peu ou pas de rôle pendant la séance.

● Item 61. Le patient se sent timide et embarrassé (vs. désinvolte et assuré).

- Placer vers caractéristique si le patient semble timide, embarrassé ou peu sûr de lui ou à l'extrême, humilié ou mortifié.

- Placer vers non caractéristique si le patient semble désinvolte, est assuré ou sûr de lui.

● Item 62. Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute identifie une figure récurrente dans l'expérience de vie ou le comportement du patient, p.e., le thérapeute note que le patient s'offre facilement, de manière répétée à des partenaires sexuels, tend à faciliter ainsi un traitement irrespectueux de lui-même.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute n'identifie pas un thème ou un modèle récurrent.

● Item 63. Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central

- Placer vers caractéristique si un thème central de discussion porte sur les relations sociales ou de travail, ou sur les implications émotionnelles personnelles (exclure la discussion sur la relation thérapeutique [voir item 98] et exclure la discussion des relations d'amour ou amoureuses [voir item 64]), p.e., le patient discute longuement de son désarroi à propos des conflits avec son patron.

- Placer vers non caractéristique si une bonne partie de la séance est consacrée à discuter de problèmes qui ne sont pas directement liés aux relations, p.e., la compulsion du patient à travailler, ou sa pulsion à réussir ou sa préoccupation pour la nourriture et le fait de manger.

Nb. L'item ne se réfère pas à la discussion des relations dans un passé lointain (voir item 91 : les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion).

● Item 64. L'amour ou les relations sentimentales sont un sujet de discussion.

- Placer vers caractéristique si les relations d'amour ou sentimentales sont abordées durant la séance, p.e., le patient parle de ses sentiments envers un partenaire sentimental.

- Placer vers non caractéristique si les relations d'amour n'émergent pas comme sujet.

Nb. Cet item se réfère à la qualité de la relation et non pas au statut conjugal, p.e., la discussion sur la relation conjugale qui n'implique pas l'amour ou l'aspect sentimental ne devrait pas être cotée dans la direction caractéristique.

● Item 65. Le thérapeute clarifie, rédit ou reformule ce que dit le patient.

- Placer vers caractéristique si un aspect de l'activité du thérapeute consiste à redire ou à reformuler la tonalité affective du patient, ses affirmations ou ses idées sous une forme un peu plus reconnaissable afin de rendre leur signification plus évidente, p.e., le thérapeute remarque : « Ce que vous semblez dire c'est que vous êtes soucieux de ce à quoi pourra ressembler la thérapie ».

- Placer vers non caractéristique si ce type d'activité de clarification est rarement utilisé par le thérapeute durant la séance.

● Item 66. Le thérapeute est directement rassurant (*Nb. Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement*).

- Placer vers caractéristique si le thérapeute tente directement de dissiper les angoisses du patient et de donner l'espoir d'une amélioration des problèmes, p.e., le thérapeute dit au patient qu'il n'y a pas de raison de se faire du souci, qu'il est sûr que le problème peut être résolu.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de fournir une assurance directe de ce type lorsqu'il est pressé de le faire.

● Item 67. Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées refoulés ou inconscients.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute attire l'attention sur des sentiments, des pensées ou des impulsions qui peuvent ne pas être clairement conscients. Le colatour doit tenter d'inférer la qualité du contenu mental (c-a-d, le niveau suivant lequel il est conscient) à partir du contexte de la séance (exclure l'interprétation des mécanismes de défense, voir item 36).

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute se centre sur le matériel qui semble être clairement conscient pour le patient.

● Item 68. Les significations réelles vs. fantasmées des expériences sont activement différenciées.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute ou le patient note des différences entre les fantasmes du patient et la réalité objective à propos d'une occurrence, p.e., le thérapeute fait remarquer que bien que le patient puisse avoir nourri des désirs de mort envers la personne décédée, il n'a pas causé en réalité sa crise cardiaque. Des distorsions et des hypothèses erronées pourraient être aussi incluses, p.e., le thérapeute demande au patient d'où lui vient cette idée quand il décrit de façon répétée le monde comme dangereux.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute est peu intervenu durant la séance sur les distorsions de la réalité.

● Item 69. La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion.

- Placer vers caractéristique si le patient ou le thérapeute met l'accent sur des événements de vie très récents ou actuels, p.e., le patient parle de sa dépression à propos de la mort récente de son épouse.

- Placer vers non caractéristique si la discussion de la situation de vie actuelle n'a pas été un aspect important de la séance.

● Item 70. Le patient lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions.

- Placer vers caractéristique quand le patient tente de gérer ou de contrôler des émotions ou des impulsions fortes, p.e., le patient lutte pour retenir des larmes alors qu'il est à l'évidence dans la détresse.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne semble pas faire un effort pour contrôler, retenir ou atténuer les sentiments qu'il éprouve ou a peu ou pas de difficulté pour les contrôler.

● Item 71. Le patient s'auto-accuse, exprime de la honte ou de la culpabilité.

- Placer vers caractéristique si le patient exprime une autoaccusation, une honte ou une culpabilité, p.e., le patient affirme que s'il avait fait plus attention aux baisses d'humeur de son épouse, elle ne se serait pas suicidée.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne rapporte pas des éléments reflétant une autoaccusation, un sentiment de honte ou des remords.

● Item 72. Le patient comprend la nature de la thérapie et ce qui en est attendu.

- Le placement vers très caractéristique reflète le point jusqu'auquel le patient semble comprendre ce qu'on attend de lui et ce qui se produira dans la thérapie.

- Le placement vers non caractéristique suggère que le patient est incertain ou confus ou ne comprend pas son rôle dans la thérapie et ce que l'on attend de lui dans cette situation.

● Item 73. Le patient est engagé dans le travail de la thérapie.

- Placer vers caractéristique si le patient semble engagé dans le travail de la thérapie. Cela peut inclure la volonté de faire des sacrifices pour continuer l'effort que cela représente, en termes de temps, d'argent, ou de dérangement ; cela peut également inclure un désir véritable de mieux se comprendre en dépit de l'inconfort psychologique que cela peut entraîner, p.e., le patient est si intéressé en commençant le traitement qu'il est disposé à abandonner son golf hebdomadaire pour pouvoir payer sa thérapie.

- Placer vers non caractéristique si le patient semble ambivalent par rapport à la thérapie, ou peu disposé à supporter les épreuves émotionnelles que la thérapie pourrait impliquer. Cela peut être exprimé en termes de plaintes à propos du coût de la thérapie, de conflits d'organisation, ou de doute à propos de l'efficacité du traitement, ou d'incertitude sur le désir de changer.

● Item 74. L'humour est utilisé.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute ou le patient fait preuve d'humour pendant la durée de la séance. Cela peut apparaître comme un mécanisme de défense ou une façon de faire face chez le patient ; le thérapeute peut aussi utiliser l'esprit ou l'ironie pour faire une remarque ou faciliter le développement de la relation thérapeutique, p.e., la patiente démontre une aptitude à rire d'elle-même ou de sa situation difficile.

- Placer vers non caractéristique si l'interaction semble grave, austère ou sombre.

● Item 75. Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées.

- Placer vers caractéristique si, soit le patient, soit le thérapeute parle des interruptions ou des ruptures dans le traitement, p.e., pour des vacances, une maladie ou la fin de la thérapie. Inclure toutes les références aux interruptions ou à la fin du traitement, p.e., si elles sont désirées, redoutées ou menaçantes.

- Placer vers non caractéristique si la discussion des interruptions du traitement ou de sa terminaison, semble être évitée, p.e., une prochaine rupture prolongée dans le traitement due aux vacances d'été est mentionnée en passant, mais ni le patient ni le thérapeute ne poursuit ce thème.

- Coter neutre si aucune référence n'est faite aux interruptions du traitement ni à sa terminaison.

● Item 76. Le thérapeute suggère que le patient accepte la responsabilité de ses problèmes.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute tente de transmettre au patient qu'il doit prendre des mesures ou changer quelque peu pour que ses difficultés s'améliorent, p.e., le thérapeute commente : « Regardons ce que vous pouvez avoir fait pour obtenir cette réponse (d'une autre personne) ».

- Placer vers non caractéristique si les actions du thérapeute n'ont pas, en général, pour objectif de persuader le patient d'assumer une plus grande responsabilité, ou si le thérapeute suggère au patient qu'il assume déjà beaucoup trop de responsabilité.

● Item 77. Le thérapeute manque de tact.

- Placer vers caractéristique si les commentaires du thérapeute semblent être exprimés sur un mode qui risque d'être perçu par le patient comme blessant ou désobligeant. Ce manque de tact ou de sensibilité n'est pas le résultat d'un agacement ou d'une irritation du thérapeute, mais plutôt d'un manque de technique, de politesse ou de facilité verbale.

- Placer vers non caractéristique si les commentaires du thérapeute reflètent la gentillesse, la considération ou l'attention.

● Item 78. Le patient recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute.

- Placer vers caractéristique si le patient se comporte d'une façon qui semble conçue pour que le thérapeute l'apprécie ou pour obtenir son attention ou son réconfort.

- Placer vers non caractéristique si le patient ne se comporte pas de cette façon.

● Item 79. Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute fait des commentaires fréquents ou essentiels sur les changements de l'humeur du patient ou la qualité de son expérience, p.e., le thérapeute remarque qu'en réponse à ses commentaires, le patient est passé d'une attitude « je-m'en-foutiste » à un état où il ressent une souffrance mais travaille plus sérieusement sur ses problèmes.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à ne pas commenter les changements des états d'esprit du patient durant la séance.

● Item 80. Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute reformule ce que le patient a décrit de telle façon qu'il va probablement appréhender la situation différemment (« recadrage » ou « restructuration cognitive »). Une signification nouvelle (et habituellement plus positive) est donnée au même contenu, p.e., après que le patient se soit reproché d'avoir initié une dispute déplorable avec sa partenaire sentimentale, le thérapeute dit : « Peut-être est-ce votre façon d'exprimer ce dont vous avez besoin dans la relation ». En cotant cet item, un événement particulier ou une expérience particulière qui a été présenté différemment devrait être identifié.

- Placer vers non caractéristique si cela ne constitue pas un aspect important de l'activité du thérapeute durant la séance.

● Item 81. Le thérapeute met l'accent sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute insiste sur le contenu émotionnel de ce que le patient a décrit afin d'encourager le ressenti de l'affect, p.e., le thérapeute suggère que l'interaction que le patient vient de décrire comme s'il racontait une histoire l'a probablement mis très en colère.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne met pas l'accent sur l'expérience ou l'affect ou semble intéressé par les descriptions concrètes du patient.

● Item 82. Le comportement du patient pendant la séance est reformulé par le thérapeute sur un mode qui n'était pas explicitement appréhendé auparavant.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute fait des commentaires fréquents ou quelques commentaires saillants à propos du comportement du patient durant la séance d'une façon qui semble en donner un nouvel éclairage, p.e., le thérapeute suggère que l'arrivée tardive du patient à la séance peut avoir une signification, ou le thérapeute remarque que dès que le patient commence à parler de sujets émotionnels, il passe rapidement à un autre thème.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute tend à ne pas reformuler le comportement du patient dans la thérapie.

● Item 83. Le patient est exigeant.

- Placer vers caractéristique si le patient fait plus qu'en moyenne des demandes ou des requêtes au thérapeute ou le presse de répondre à une demande, p.e., le patient demande des rendez-vous le soir, des médicaments, ou requiert plus de structure ou d'activité de la part du thérapeute.

- Placer vers non caractéristique si le patient est peu disposé ou hésitant à faire des demandes ordinaires ou appropriées au thérapeute, p.e., il n'arrive pas à demander un autre rendez-vous en dépit d'un conflit d'horaire avec un autre événement très important.

● Item 84. Le patient exprime des sentiments de colère ou agressifs.

- Placer vers caractéristique si le patient exprime du ressentiment, de la colère, de l'amertume, de la haine ou de l'agressivité (exclure les sentiments de ce type dirigés vers le thérapeute, voir item 1).

- Placer vers non caractéristique si l'expression de tels sentiments ne se produit pas ou si le patient exprime des sentiments d'affection ou d'amour.

● Item 85. Le thérapeute encourage le patient à essayer de nouvelles façons de se comporter avec les autres.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute suggère des façons alternatives d'être en relation avec les autres, p.e., le thérapeute demande au patient ce qu'il pense qui pourrait arriver s'il était plus direct en disant à sa mère à quel point cela l'affecte quand elle le harcèle. Un placement plus extrême implique que le thérapeute guide activement son patient sur la façon d'interagir avec les autres, ou fait répéter de nouvelles façons de se comporter avec les autres.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute tend à ne pas faire de suggestions sur la façon d'être en relation avec les autres.

● Item 86. Le thérapeute a confiance en lui ou est plein d'assurance (vs. incertain ou sur la défensive).

- Placer vers caractéristique si le thérapeute semble confiant, sûr, et non défensif.

- Coter non caractéristique si le thérapeute semble incertain, embarrassé ou perdu.

● Item 87. Le patient exerce un contrôle [sur le déroulement de la séance].

- Placer vers caractéristique si le patient exerce une influence restrictive ou directive sur la séance, p.e., le patient domine l'interaction en parlant de manière compulsive, ou interrompt le thérapeute fréquemment.

- Placer vers non caractéristique si le patient n'exerce pas de contrôle sur l'interaction, en travaillant avec le thérapeute d'une façon plus collaborative.

● Item 88. Le patient aborde des questions et du matériel significatifs.

- Le placement vers caractéristique indique que le cotateur juge que ce que le patient apporte et ce dont il parle durant la séance se rapporte de façon importante à ses conflits psychologiques, ou à des thèmes réellement importants pour lui.

- Placer vers non caractéristique si la discussion ne semble pas liée ou est quelque peu éloignée des questions centrales qui le concernent.

● Item 89. Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.

- Placer vers caractéristique si la position du thérapeute est caractérisée par un accord calme, attentif dans le but d'éviter de perturber l'équilibre émotionnel du patient ou s'il intervient activement pour l'aider à éviter ou supprimer des idées ou des sentiments perturbants.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute n'agit pas pour étayer les défenses, ou supprimer les pensées ou les sentiments pénibles.

● Item 90. Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.

- Placer vers caractéristique si le thème de discussion est le contenu d'un rêve ou le matériel d'un fantasme (rêveries diurnes ou rêves nocturnes), p.e., le patient et le thérapeute explorent les significations possibles d'un rêve que le patient a eu la nuit qui a précédé le début de la thérapie.

- Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas d'examen des rêves ou des fantasmes durant la séance.

● Item 91. Les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion.

- Placer vers caractéristique si une partie de la séance est occupée par la discussion sur l'enfance ou sur les souvenirs des premières années de vie.

- Placer vers non caractéristique si peu ou pas de temps est consacré à la discussion de ces sujets.

● Item 92. Les sentiments ou les perceptions du patient sont corrélés à des situations ou des comportements du passé.

- Placer vers caractéristique si plusieurs liens ou des connexions essentielles sont réalisées entre l'expérience émotionnelle actuelle du patient ou sa perception d'événements avec ceux du passé, p.e., le thérapeute fait remarquer (ou le patient réalise) que des peurs actuelles d'abandon proviennent de la perte d'un parent durant l'enfance.

- Placer vers non caractéristique si les expériences actuelles et passées sont discutées mais non reliées ouvertement.

- Placer vers la catégorie neutre si ces sujets sont discutés très peu ou pas du tout.

● Item 93. Le thérapeute est neutre.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute tend à se retenir de donner des opinions ou des avis sur des sujets que traite le patient. Le thérapeute prend le rôle de commentateur neutre et le point de vue du patient sur les sujets est rendu prépondérant dans le dialogue, p.e., le thérapeute demande comment cela serait pour le patient si, lui thérapeute, approuvait sa colère et par la suite, demande comment cela serait pour lui s'il la désapprouvait.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute exprime des opinions ou prend explicitement ou implicitement des positions, p.e., le thérapeute dit au patient que c'est très important qu'il apprenne comment exprimer sa colère, ou commente que la relation dans laquelle le patient est actuellement n'est pas une bonne relation et qu'il devrait songer à en sortir.

Nb. La neutralité n'est pas synonyme de passivité. Le thérapeute peut être actif tout en maintenant une position neutre.

● Item 94. Le patient se sent triste ou déprimé (vs. joyeux ou gai).

- Placer vers caractéristique si l'humeur du patient semble mélancolique, triste ou dépressive.

- Placer vers non caractéristique si le patient semble ravi ou joyeux ou traduit une humeur de bien être ou de bonheur.

● Item 95. Le patient se sent aidé.

- Placer vers caractéristique si le patient indique d'une façon ou d'une autre qu'il se sent aidé, soulagé ou encouragé.

- Le placement vers non caractéristique indique que le patient se sent découragé de la façon dont la thérapie progresse, ou se sent frustré ou retenu. (Nb. L'item ne fait pas référence à des événements extérieurs à la thérapie).

● Item 96. Il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute et le patient discutent des rendez-vous ou des changements d'horaire d'une séance de thérapie (moment, dates, etc.) ou s'il y a discussion sur le montant des honoraires, le moment du paiement, et ainsi de suite.

- Placer vers non caractéristique si ces sujets ne sont pas soulevés.

● Item 97. Le patient est dans l'introspection, explore aisément des pensées et des sentiments internes.

- Placer vers caractéristique si le patient semble ne pas être sur ses gardes et relativement ouvert. Dans cet exemple, le patient va au-delà des contraintes, des précautions, des hésitations ou des sentiments de fragilité habituels dans l'exploration et l'examen de ses pensées et de ses sentiments.

- Placer vers non caractéristique si le discours du patient semble hésitant ou inhibé, montre de la contrainte, de la réserve ou un renforcement du contrôle et ne semble pas dégagé, libre ou non réprimé.

● Item 98. La relation thérapeutique est un thème central de discussion.

- Placer vers caractéristique si la relation thérapeutique est un thème de discussion, p.e., le thérapeute attire l'attention sur les caractéristiques de l'interaction ou du processus interpersonnel entre le patient et lui-même.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ou le patient ne fait pas de commentaires sur la nature de leurs échanges, p.e., se centre sur le contenu.

● Item 99. Le thérapeute conteste le point de vue du patient (vs. valide la façon de voir du patient).

- Placer vers caractéristique si le thérapeute soulève d'une façon ou d'une autre une question à propos du point de vue du patient sur une expérience ou un événement, p.e., le thérapeute pourrait dire : « Comment cela se fait-il ? » ou « Je me pose des questions à ce sujet. » ou simplement émet un « Oh ? ». Cet item ne se réfère pas aux interprétations ou au recadrage dans le sens de fournir une signification nouvelle ou différente au discours du patient, mais se réfère plutôt simplement au fait de soulever, d'une façon ou d'une autre, une question à propos du point de vue du patient.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute traduit un sentiment d'accord, de justification de la perspective du patient, p.e., le thérapeute peut dire : « Je pense que vous avez raison à ce sujet » ou « vous semblez avoir vraiment bien compris ça ».

● Item 100. Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.

- Placer vers caractéristique si le thérapeute fait plusieurs commentaires ou quelques commentaires essentiels qui relient les sentiments du patient à propos du thérapeute et les sentiments envers d'autres personnes significatives de sa vie. Inclure les relations actuelles, et les relations passées ou présentes avec les parents (lien parental de transfert), p.e., le thérapeute remarque qu'il pense que la patiente redoute quelque peu que le thérapeute se mette à la critiquer comme sa mère le fait.

- Placer vers non caractéristique si l'activité du thérapeute durant la séance ne comprend aucune ou peu de tentatives de relier les aspects interpersonnels de la thérapie avec des expériences dans d'autres relations. ●

Information sur le
Réseau de Recherches Fondées sur
les Pratiques Psychothérapeutiques

<http://www.techniques-psychotherapeutiques.org/Reseau/>

ANNEXE I

**Le prototype de 20 items caractéristiques de la psychothérapie TCC de Ablon et
Jones (1998, 2002)**

Prototype idéal de psychothérapie cognitive-comportementale de Ablon et Jones (1998, 2002)

Les 20 items les plus caractéristiques de la psychothérapie cognitive-comportemental	
# Items PQS	Descriptions des items
38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le client doit tenter de réaliser en dehors de la séance.
30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs (sur des idées ou des systèmes de croyances).
4	Les buts du traitement du client sont discutés
85	Le psychothérapeute encourage le client à essayer de nouvelles façons de se comporter avec les autres
17	Le psychothérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (structure ou introduit des nouveaux thèmes).
45	Le psychothérapeute adopte une attitude de soutien
23	Le dialogue porte sur un thème spécifique
31	Le psychothérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.
69	La situation récente ou actuelle de la vie du client est soulignée dans la discussion.
27	Le psychothérapeute donne un avis et des conseils explicites.
80	Le psychothérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente
86	Le psychothérapeute a confiance en lui ou est plein d'assurance (vs incertain ou sur la défensive)
37	Le psychothérapeute se comporte de manière professorale (didactique).
73	Le client est engagé dans le travail de la psychothérapie
57	Le psychothérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique.
88	Le client aborde des questions et du matériel significatifs.
72	Le client comprend la nature de la psychothérapie et ce qui en est attendu.
95	Le client se sent aidé
28	Le psychothérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique
48	Le psychothérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du client

Note : L'ordre des items est en ordre décroissant selon le score à l'échelle obtenu par Ablon et Jones (1998, 2002).

ANNEXE J

Liste séquentielle en trois catégories de facteurs communs de Lambert (2013b)

Liste séquentielle des facteurs communs présents dans les psychothérapies (Lambert, 2013b)*

Facteurs de support	Facteurs d'apprentissage	Facteurs d'action
Catharsis/libération de la tension	Conseil	Affrontement des peurs
Diminution de l'isolement	Ré-expérience affective	Contrôle cognitif
Structure/organisation	Assimilation des expériences problématiques	Encouragement pour expérimenter de nouveaux comportements
Relation positive	Apprentissage cognitif	Prise de risques
Réassurance	Expérience émotionnelle correctrice	Efforts soutenus (<i>mastery efforts</i>)
Environnement sécuritaire	Rétroaction	Reproduction (<i>modeling</i>)
Identification au psychothérapeute	Introspection	Pratique
Alliance thérapeutique	Raisonnement	Test de la réalité
Participation active du psychothérapeute/client	Exploration du cadre de référence interne	Expériences de succès
Reconnaissance de l'expertise du psychothérapeute	Modification des attentes de l'efficacité personnelle	Persévérance (<i>Working Through</i>)
Chaleur du psychothérapeute, respect, empathie, acceptation, authenticité	Recadrage des perceptions de soi	Régulation émotionnelle et comportementale
Ouverture dans l'exploration		

Note : * Traduction libre

BIBLIOGRAPHIE

Ablon, J.S., et Jones, E.E. (1998). *How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavior Therapy*. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83.

Ablon, J.S. et Jones, E.E. (1999). *Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(1), 64-75.

Ablon, J.S., et Jones, E.E. (2002). *Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Finding from the NIHMH treatment of depression collaborative research program*. *American Journal of psychiatry*, 159(5), 775-783.

Ablon, J.S., Levy, R.A., et Katzenstein, T. (2006). *Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change processes*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 216-231.

Ablon, J. S. Levy, R. A., et Smith-Hansen, L. (2011). *The Contributions of the Psychotherapy Process Q-set to Psychotherapy Research*. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 14(2), 14-48.

Ablon, J.S. et Maci, C. (2004). *Psychotherapy process : the missing link. A comment on Westen, Novotny and Thompson-Brenner*. *Psychological Bulletin*, 130(4), 664-668.

Ahn, H. et Wampold, B.E. (2001). *Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of components studies in counseling and psychotherapy*. *Journal of counseling psychology*, 48, 251-257.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual* (4nd ed.), Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, T. Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. et Vermeersch, D. A. (2009). *Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist effects*. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 755-768.

Asay, T.P. et Lambert, M.J. (1999). *The empirical case for the common factors in therapy : Quantitative findings*. Dans, Hubble, M.A., Duncan, B.L. et Miller, S.D. (Éds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington D.C.: APA, 23-55.

Baardseth, T.P., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Lindemann, A.M., Kivlighan, D.M., Laska, K.M., Del Red, A.C., Minami, T. et Wampold, B.E. (2013). *Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux*. Clinical Psychology Review, 33, 395–405.

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M.L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N.M., Lohr, J. et Thorp, S.R. (2012). *Videoconferencing psychotherapy: A systematic review*. Psychological services, 9(2), 111-131.

Baldwin, S.A. et Imel, Z.E. (2013). *Therapist effects*. Dans, Lambert, J.M. (Éd.) Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change, (6ième Éd.) New-Jersey: Wiley & sons, 258-297.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E. et Imel, Z. E. (2007). *Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 842–852.

Baker, D.C. et Bufka, L.F. (2011). *Preparing for the telehealth world : Navigating legal, regulatory, reimbursement, and ethical issues in an electronic age*. Professional Psychology : Research and practice, 42(6), 405-411.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M. et Shapira, N. (2008). *A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions*. Journal of technology and human services, 26(2), 109-160.

Barber, J.P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M.E., Weiss, R.D. et Connolly Gibbons, M.B. (2006). *The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the national institute drug abuse collaborative cocaine treatment study*. Psychotherapy research, 16, 229-240.

Barber, J.P., et Muenz, L.R. (1996). *The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the treatment for depression collaborative research program*. Journal of consulting and clinical psychology, 64, 951-958.

Barnett, J. E. (2011). *Utilizing technological innovations to enhance psychotherapy supervision, training, and outcomes*. Psychotherapy, 48(2), 103–108.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., et Steer, R.A. (1988) *An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B., et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., et Steel, R. A. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Steer, R.A., et Brown, G.K. (1996). *Manuel de l'Inventaire de dépression de Beck*, (2e éd.). Canada: Harcourt Brace & Company.
- Benish, S.G., Imel, Z.E. et Wampold, B.E. (2007). *The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons*. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746-758.
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R. J., Bergan, J., Meredith, K., et Merry, W. (1991). *Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.
- Beutler, L.E., Malik, M.M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. et Wong, E. (2004). *Therapist variables*. Dans Lambert, M.J. (2004) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th Ed, New York; John Wiley & sons inc., 227-306.
- Bischoff, R.J., Hollist, C.S., Smith, C.W. et Flack, P. (2004). *Addressing the mental health needs of the rural underserved: findings from a multiple case study of a behavioral telehealth project*. *Contemporary Family Therapy*, 26, 179– 198.
- Bohart, A.C. et Tallman, K. (2010). *Clients : the neglected common factor in psychotherapy*. Dans, Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. et Hubble, M.A. (Éds.). *The heart and soul of change, Second Edition: Delivering What Works in therapy*. Washington DC: APA, 83-112.
- Bohart, A.C. et Wade, A.G. (2013). *The client in psychotherapy*. Dans, Lambert, J.M. (Éd.) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, (6ième Éd.) New Jersey: Wiley & sons, 234-272.
- Bordin, E.S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). *Theory and research on the therapeutic alliance: New directions*. Dans, Horvath, A.O. et Greenberg, L.S. (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley, 13-37.

Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., Renaud, P. et Lapierre, J. (2004). *Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference*. *Telemedicine Journal and E-Health*, 10, 13–25.

Busseri, M.A., et Tyler, J.D. (2004). Client-therapist agreement on target problems, working alliance, and counselling outcome. *Psychotherapy research*, 14, 77–88.

Calvert, S.C., Beutler, L.E., et Crago, M. (1988). *Psychotherapy outcome as a function of therapist-patient matching on selected variables*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 104–117.

Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J., Teherani, M. et Thurin, J.M. (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise collective*. Paris: INSERM.

Castonguay, L.G. et Beutler, L.E. (Éds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J. et Hayes, A.M. (1996). *Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 497–504.

Cautin, R.L. (2011). A century of psychotherapy, 1860–1960. Dans, Norcross, J. C., VandenBos, G. R. et Freedheim, D. K. (Éds.). *History of psychotherapy: Continuity and change* (2^{ième} Éd.). Washington, DC: APA, 3–38.

Cavanagh, K. et Millings, A. (2013). *(Inter)personal Computing: The role of the therapeutic relationship in E-mental health*. *Journal of contemporary psychotherapy*, 43(4), 197–206.

Chambless, D. L. (1996). *In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 230–235.

Chambless, D. L. et Hollon, S. D. (1998). *Defining empirically supported psychological interventions*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits- Christoph, P. et al. (1996). *An update on empirically validated therapies*. *Clinical Psychologist*, 49, 5–18.

Constantino, M.J., Ametrano, R.M. et Greenberg, R.P. (2012). *Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic chance*. *Psychotherapy*, 49(4), 557-569.

Cooney, N.L., Kadden, R.M., Litt, M.D., et Getter, H. (1991). *Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results*. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 59, 598-601.

Coombs, M.M., Coleman, D. et Jones, E.E. (2002). *Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233-244.

Courtois, C.A. et Ford, J.D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: Guilford Press.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S. et Gallop, R. (2011). *The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 267–278.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C. et Mukherjee, D. (2013). *Psychotherapy Process-Outcome research*. Dans Lambert, J.M. (Éd.) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, (6ième Éd.) New-Jersey: Wiley & sons, 298-340.

Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. et Andersson, G. (2012). *The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta analysis*. *Clinical Psychology Review*, 32, 280–291.

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. et van Oppen, P. (2008). *Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922.

De Roten, Y. (2006). Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques. *Bulletin de psychologie*, 6(486), 585-590.

Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality*. Dans, Dienstbier, R.A. (Éd.), *Perspectives on motivation : Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln : University of Nebraska Press, 237-288.

- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D. et Wampold, B. E. (2012). *Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 32, 642–649.
- Desjardins, P. (2014). *Pratique professionnelle; Propositions de l'Ordre au sujet du plan d'action en santé mentale*. *Psychologie Québec*, 31(3), 14-17.
- Desjardins, P. (2015). *Pratique professionnelle : L'autonomie professionnelle des psychologues et l'accessibilité aux soins et services*. *Psychologie Québec*, 32(1), 9-11.
- Diener, M.J. et Monroe, J.M. (2011). *The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review*. *Psychotherapy*, 48, 237-248.
- Dill-Standiford, T.J., Stiles, W.B. et Rorer, L.G. (1988). *Counselor-Client agreement on session impact*. *Journal of Counseling Psychology*, 35(1), 47-55.
- Duncan, B.L. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington, D.C.: APA.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. et Hubble, M.A. (Éds.) (2010). *The heart and soul of change : Delivering what works in therapy* (2ième Éd.). Washington D.C.: APA.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F. et Parloff, M. B. (1989). *National Institutes of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–982.
- Elliott, R., Greenberg, L. S. et Liataer, G. (2004). *Research on experiential psychotherapies*. Dans M. J. Lambert (Éd.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5^{ième} Éd. New York: Wiley, 493-539.
- Ertelt, T. W., Crosby, R. D., Marino, J. M., Mitchell, J. E., Lancaster, K. et Crow, S. J. (2011). *Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via tele-medicine versus face-to-face delivery*. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 687–691.
- Eysenck, H. J. (1952). *The effects of psychotherapy: An evaluation*. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: Biometrics Research Department.

- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B.E., Symonds, D. et Horvath, A.O. (2012). *How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis*. Journal of Counseling Psychology, 59(1), 10-17.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing (2ième Éd.)*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. et Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3ième Éd.)*. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Frueh, B. C., Monnier, J., Yim, E., Grubaugh, A. L., Hamner, M. et Knapp, R. G. (2007). *A randomized trial of telepsychiatry for posttraumatic stress disorder*. Journal of Telemedicine and Telecare, 13, 142-147.
- Gassman, D. et Grawe, K. (2006). *Genreal change mechanisms : The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions*. Clinical psychology and psychotherapy, 13, 1-11.
- Gauthier, J., Morin, C., Thériault, F., et Lawson, J. S. (1982). *Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression*. Canadian Journal of Behavioral Science, 14, 211-218.
- Gelso, C.J. et Carter, J.A. (1985). *The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theorical antecedents*. The counseling psychologist, 13, 155-243.
- Gelso, C.J. et Carter, J.A. (1994). *Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment*. Journal of counseling psychology, 41, 296-306.
- Gendlin, E.T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning. A philosophical and psychological approach to the subjective*. New York: Free Press of Glencoe.
- Germain, V. (2008). *Thérapie cognitive-comportementale pour l'état de stress post-traumatique administrée en videoconference: efficacité et impact sur l'alliance thérapeutique*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M.S. et Guay, S. (2009). *Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder*. Cognitive Behaviour Therapy, 38(1), 42-53.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S. et Drouin, M.S. (2010). *Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment*

for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35.

Glueck, D. (2013). *Establishing therapeutic rapport in telemental health*. Dans, Myers, K. et Turvey, C. (Eds.), *Telemental health: Clinical, technical and administrative foundations for evidence-based practice*, 29-45.

Goldfried, M.R., Raue, P.J. et Castonguay, L.G. (1998). *The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 803-811.

Goldfried, M. R. et Wolfe, B. E. (1996). *Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance*. *American Psychologist*, 51, 1007-1016.

Goldfried, M.R. et Wolfe, B.E. (1998). *Toward a more clinically valid approach to therapy research*. *Journal of consulting and clinical psychology*, vol.66 (1), 143-150.

Goldman, R., Greenberg, L. S., et Pos, A. E. (2005). *Depth of Emotional Experience and Outcome*. *Psychotherapy Research*, 15(3), 248-260.

Grady, B., Myers, K. M., Nelson, E. L., Belz, N., Bennett, L., Carnahan, L., Decker, V.B., Holde, D., Perry, G., Rosenthal, L., Rowe, N., Spaulding, R., Turvey, C.L., White, R. et Voyles, D. (2011). *Evidence-based practice for telemental health*. *Telemedicine and e-Health*, 17, 131-148.

Grawe, K. (1997). *Research-informed psychotherapy*, *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19.

Greenberg, L.S. (1991). *Research on the process of change*. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16.

Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: APA Press.

Greenberg, L.S., Auszra, L., et Hermann, I.R. (2007). *The relationship among emotional productivity, emotional arousal, and outcome in experiential therapy of depression*. *Psychotherapy research*, 17, 482-493.

Greenberg, L.S., et Pascual-Leone, A. (2006). *Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review*. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611-630.

Greenberg, L.S., et Pinsof, W.M. (1986). *Process research: current trends and future perspectives*. Dans, Greenberg, L.S. et Pinsof, W.M. *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford press, 3-20.

Greenberg, L.S. et Watson, J.C. (2006). *Change process research*. Dans, Norcross, J.C., Beutler, L.E. et Levant, R.F. (Éds.). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental question*. Washington DC:APA, 81-89.

Gros, D. F., Strachan, M., Ruggiero, K. J., Knapp, R. G., Frueh, B. C., Egede, L. E., Lejuez, C.W., Tuerk, P.W. et Acierno, R. (2011a). *Innovative service delivery for secondary prevention of PTSD in at-risk OIF-OEF service men and women*. *Contemporary Clinical Trials*, 32, 122–128.

Gros, D. F., Veronee, K., Strachan, M., Ruggiero, K. J. et Acierno, R. (2011b). *Managing suicidality in home-based telehealth*. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 17, 332–335.

Gros, D. F., Yoder, M., Tuerk, P. W., Lozano, B. E. et Acierno, R. (2011c). *Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: predictors of treatment completion and outcome*. *Behavior Therapy*, 42, 276–283.

Gros, D.F., Morland, L.A., Greene, C.J., Acierno, R., Strachan, M., Egede, L.E., Tuerk, P.W., Myrick, H. et Frueh, B.C. (2013). *Delivery of evidence-based psychotherapy via video telehealth*. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 35, 506-521.

Guay, S., Marchand, A., Iucci, S., et Martin, A. (2002). *Validation de la version québécoise de l'échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique auprès d'un échantillon clinique*. *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 257-270.

Hanna, F.J., (2002). *Therapy with difficult clients : Using the precursors model to awaken change*. Washington DC : APA.

Hanna, F.J. et Ritchie, M.H. (1995). *Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change : Within and outside the context of therapy*. *Professional psychology : Research and practice*, 26, 176-183.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., et Binder, J. L. (1993). *Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.

Herbet, C.F., Rioux, C. et Brunet, A. (2012). *Les usages d'internet par les personnes souffrant de troubles de santé mentale*. Dans, Thøer, C. et Lévy, J.J. (Éds.) *Internet et*

santé : Acteurs, usages et appropriations. Québec : Presses de l'université du Québec, 177-204.

Hill, C.E. et Corbett, M.M. (1993). *A perspective on the history of process and outcome research in counselling psychology*. Journal of counseling psychology, 40(1), 3-24.

Hill, C.E. et Lambert, M.J. (2004). *Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcome*. Dans, Lambert, M. (Éd.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5^{ième} Éd., New Jersey : Wiley, 84-135.

Hilty, D. M., Ferrer, D., Burke Parish, M., Johnston, B., Callahan, E. J. et Yellowlees, P. M. (2013). *The effectiveness of telemental health: A 2013 review*. Telemedicine Journal and E-Health, 19(6), 444-454.

Horvath, A. O. et Bedi, R. P. (2002). *The alliance*. Dans J. C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients, New York: Oxford University Press. 37-70.

Horvath, A.O., Del Re A.C., Flückiger, C. et Symonds, B.D. (2011). *Alliance in individual psychotherapy*. Dans, Norcross, J.C. (Éd.). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2ième Éd.). New York: Oxford University Press, 25-69.

Horvath, A.O. et Greenberg, L.S. (1989). *Development and validation of the working alliance inventory*. Journal of counseling psychology, 38(2), 223-233.

Horvath, A.O. et Greenberg, L.S. (1989). *L'inventaire de l'alliance thérapeutique*. (Bouchard, S., trad. 1997) Traduction libre de la version originale anglaise *Development and validation of the working alliance inventory*. Journal of counseling psychology, 38(2), 223-233.

Horvath, A.O. et Symonds, B.D. (1991). *Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta analysis*. Journal of counseling psychology, 38(2), 139-149.

Hubble, M.A., Duncan, B.L. et Miller, S.D. (Éds.) (2001). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, Second Edition. Washington, D.C.: APA.

Imel, Z.E. et Wampold, B.E. (2008). *The common factors of psychotherapy*. Dans, Brown, S.D. et Lent, R.W. (Eds.). Handbook of counseling psychology (4ième Éd.), New York: Wiley, 249-266.

- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D. et Fleming, R. R. (2008). *Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders*. Journal of Addictive Behaviors, 22, 533–543.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutique Action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale : Jason Aronson Inc.
- Jones, E.E., Cumming, J.-D. et Horowitz, M.J. (1988). *Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness*. Journal of consulting and clinical psychology, 56, 48-55.
- Jones, E.E., Krupnick, J.L. et Kerig, P.K. (1987). *Some gender effects in a brief psychotherapy*. Psychotherapy, 24, 336-352.
- Jones, E.E., Parke, L. et Pulos, S. (1992). *How therapy is conducted in the private consulting room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatments*. Psychotherapy research, 2(1), 16-30.
- Jones, E.E. et Pulos, S.M. (1993). *Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 306–316.
- Jones, E.E. et Windholz, M. (1990). *The psychoanalytic case study: toward a method for systematic inquiry*. Journal of American Psychoanalytic Association, 38, 985-1015.
- Kazdin, A. E. (2007). *Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research*. Annual Review of Clinical Psychology, 3, 1–27.
- Kazdin, A. E. (2008). *Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care*. American Psychologist, 63, 146–159.
- Kazdin, A.E. (2009). *Understanding how and why psychotherapy leads to change*. Psychotherapy research. 19(4-5), 418-428.
- Keane, T.M., Kolb, L.C., Kaloupek, D.G., Orr, S.P., Blanchard, E.B., Thomas, R.G., Hsieh, F.Y., et Lavori, P.W. (1998). *Utility of psychophysiology measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: Results from a department of veterans affairs cooperative study*. Journal of consulting and clinical psychology, 66, 914-923.
- Kiesler, D.J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.

Kim, D.-M., Wampold, B. E. et Bolt, D. M. (2006). *Therapist effects in psychotherapy: A random effects modeling of the NIMH TDCRP data*. *Psychotherapy Research*, 16, 161–172.

Knaevelsrud, C. et Maercker, A. (2006). *Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients?* *Journal of medical internet research*, 8(4), e31.

Kramer, U., de Roten, Y. et Despland, J.-N. (2005). *Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies*. *Pratiques psychologiques*, 11, 359-370.

Lambert, M.J. (1992). *Psychotherapy outcome research: Implication for integrative and eclectic therapists*. Dans, Norcross, J.C. et Goldfried, M.R. (Éds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, 94-129.

Lambert, M.J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC. : APA.

Lambert, M.J. (2013a). *Introduction and historical overview*. Dans, Lambert, J.M. (Éd.) Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (6ième Éd.) New-Jersey: Wiley & sons, 3-20.

Lambert, M.J. (2013b). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. Dans Lambert, J.M. (Éd.) Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (6ième Éd.) New Jersey: Wiley & sons, 169-218.

Lambert, M.J. et Bartley, D.E. (2002). *Research summury on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. Dans, Norcross, J.C. (Éd.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press, 17-32.

Lambert, M.J., Harmon C., Slade K., Whipple J.L. et Hawkins E.J. (2005). *Providing feedback to psychotherapists on their patient's progress: Clinical results and practice suggestions*. *Journal of clinical psychology*, 61, 165-174.

Lambert, M.J., et Ogles, B.M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. Dans, Lambert, M.J. (Éd.) Bergin and Garfield's *handbook of psychotherapy and behavior change*. (5^{ième} Éd.) New-Jersey: Wiley & sons, 139-193.

Lambert, M. J. et Shimokawa, K. (2011). *Collecting client feedback*. *Psychotherapy*, 48, 72–79.

Lambert, M.J., Shapiro, D.A. et Bergin A.E. (1986). *The effectiveness of psychotherapy*. Dans A. E. Bergin et S. L. Garfield (Éds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ième Éd), New York: Wiley, 157-211.

Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L. et Smart, D.W. (2003). *It is time for clinicians to routinely track patient outcome?: A meta-analysis*. Clinician psychology: Science and Practice, 10, 288-301.

Laska, K. M., Smith, T.L., Wislocki, A.P., Minami, T. et Wampold, B.E. (2013). *Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD*. Journal of Counseling Psychology, 60(11), 31-41.

Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S. et Guillon, V. (2004). *Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie*. Revue québécoise de psychologie, 25(3), 73-102.

Leichsenring, F. et Leibing, E. (2003). *The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis*. American Journal of Psychiatry, 160, 1223-1231.

Luborsky, L. (1976). *Helping alliances in psychotherapy*. Dans, Cleghorn, J.L. (Éd.), *Successful psychotherapy*, New York : Brunner and Mazel, 92-116.

Luborsky, L., McLellan, A.T., Diguer, L., Woody, G. et Seligman, D.A. (1997). *The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples*. Clinical Psychology: Science and Practice, 4(1), 53-65.

Luborsky, L., Singer, B. et Luborsky, L. (1975). *Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes?"*. Archives of General Psychiatry, 32, 995-1008.

Mallen, M.J., Vogel, D.L., Rochlen, A.B. et Days, S.X. (2005). *Online counseling : Reviewing the literature from a counseling psychology framework*. Counseling psychologist, 33, 776-818.

Manchanda, M. et McLaren, P. (1998). *Cognitive behavior therapy via interactive video*. Journal of Telemedicine and Telecare, 4(1), 53-55.

Martin, D. J., Garske, J. P., et Davis, K. M. (2000). *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 438-450.

Masten, A.S. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*. American Psychologist, 56, 227-238.

Messer, S.B. (2006). *Patient values and Preferences*. Dans, Norcross, J.C., Beutler, L.E. et Levant, R.F. (Éds.). *Evidence-based practices in mental health : debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington DC: APA, 31-40.

Morgan, R.D., Patrick, A.R. et Magaletta, P.R. (2008). *Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities*. Journal of consulting and clinical psychology, 76(1), 158-162.

Morland, L. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Mauldin, P. D. et Frueh, B. C. (2009). *Issues in the design of a randomized noninferiority clinical trial of telemental health psychotherapy for rural combat veterans with PTSD*. Contemporary Clinical Trials, 30, 513-522.

Nelson, E.L. et Duncan, A.B. (2015). *Cognitive behavioural therapy using televideo*. Cognitive and behavioural practice, 22, 269-280.

Nelson, E.L., Duncan, A.B. et Lillis, T. (2013). *Special considerations for conducting psychotherapy over videoteleconferencing*. Dans, Myers, K. et Turvey, C. (Eds.), *Telemental health: Clinical, technical and administrative foundations for evidence-based practice*, 295-314.

Newman, M.G., Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B. et Erickson, T.M. (2006). *Participant factors in treating anxiety disorders*. Dans, Castonguay, L.G. et Beutler, L.E.(Éds.) *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford, 121-153.

Newman, M.G., Stiles, W.B., Janeck, A. et Woody, S.R. (2006). *Integration of therapeutic factors in anxiety disorders*. Dans, Castonguay, L.G. et Beutler, L.E. (Eds.) *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford, 187-200.

Norcross, J.C. (Éd.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contribution and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C. (2010). *The therapeutic relationship*. Dans Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. et Hubble, M.A. (Éds.). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2ième Éd.). Washington D.C.: APA, 113-142.

Norcross, J.C. (Éd.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. (2ième Éd.). New York: Oxford University Press.

Norcross, J.C., Beutler, L.E. et Levant, R.F. (Éds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health : debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington DC: APA.

Norcross, J.C. et Goldfried, M.R. (Éds.). 2005. *Handbook of psychotherapy integration : Second Edition*. New York : Oxford University Press.

Norcross, J.C. et Lambert, M.J. (2011). *Evidence-Based Therapy Relationships*. Dans, Norcross, J.C. (Éd.) *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2ième Éd.). New York: Oxford University press, 3-21.

Norcross, J. C. et Wampold, B. E. (2011). *Evidence-based therapy relationships : Research conclusions and clinical practices*. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.

Nunnally, J.C. (1967). *Psychometric theory*. New York : Mc Graw-Hill, 226.

Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielson, S.L. et Ogles, B.M. (2003). *Waiting for supershrink : An empirical analysis of therapist effects*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.

Orlinsky, D.E. et Ronnestad, M.H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, D.C.: APA.

Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. et Willutzki, U. (2004). *Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change*. Dans, Lambert, M.J. (Éd.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (5^{ème} Éd.) New-Jersey: Wiley & sons, 307-389.

Osenbach, J. E., O'Brien, K. M., Mishkind, M. et Smolenski, D. J. (2013). *Synchronous telehealth technologies in psychotherapy for depression: A meta-analysis*. *Depression & Anxiety*, 30(11), 1058–1067.

Paivio, S.C. et Pascual-Leone, A. (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach*. Washington, DC: APA.

Paris, J. (2013). *How the history of psychotherapy interferes with integration*. *Journal of psychotherapy integration*, 23(2), 99-106.

Pole, N., Ablon, J.S. et O'Connor, L.E. (2008). *Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change : A new look at an old paradigm for long-term single-case research*. *Journal of counseling psychology*, 55(2), 221-232.

Pos, A.F., Greenberg, L.S. et Warwar, S. (2010). *Testing a model of change for experiential treatment of depression*. Journal of consulting and clinical psychology, 77, 1055-1066.

Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J. et Foa, E.B. (2010). *A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder*. Clinical Psychology Review, 30(6), 635-641.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. et DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Morrow.

Pulos, S.M., et Jones, E.E. (1987). *A study of differential validity of the Psychotherapy Process Q-Sort*. Paper presented at the Annual Meeting of the Western Psychological Association, San Diego, CA.

Resick, P. A., Falsetti, S. A., Resnick, H. S. et Kilpatrick, D. G. (1991). *The Modified PTSD Symptom Scale-Self Report*. St.Louis, MO : University of Missouri et Charleston, SC : Crime Victims Treatment and Research Center, Medical University of South Carolina.

Resick, P. A., Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G. (1991). *The Modified PTSD Symptom Scale Self Report*. St. Louis, MO: University of Missouri & Charleston. (Stephenson, R., Brillion, P., Marchand, A., et Di Blasio, L., trad. 1995). Université du Québec Montréal. (Validation en cours).

Richardson, L.K. (2012). *Can you see what I am saying: An action-research, mixed methods evaluation of telepsychology in rural Western Australia*. Thèse de doctorat inédite, Murdoch, Australia, récupérée de <http://researchrepository.murdoch.edu.au/7023/>

Richardson, L.K., Frueh, C.B., Grubaugh, A.L., Egede, L. et Elhai, J.D. (2009). *Current directions in videoconferencing tele-mental health research*. Clinical psychology: science and practice, 16(3), 323-338.

Richardson, L., Reid, C. et Dziurawiec, S. (2015). *“Going the extra Mile”: Satisfaction and alliance findings from an evaluation of videoconferencing telepsychology in rural western Australia*. Australian Psychologist, 50, 252-258.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. (1957). *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.

Rosenzweig, S. (1936). *Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy*. *At last the Dodo said: « Everybody has won and all must have prizes »*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Roth, A. et Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*, Second Edition. New York: Guilford Press.

Ruskin, P., Silver-Aylaian, M., Kling, M., Reed, S., Bradham, D., Hebel, J., Barrett, D., Knowles, F. et Hauser, P. (2004). *Treatment outcomes in depression: Comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment*. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1471-1476.

Safran, J.D. et Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.

Serralta, F.B., Pole, N., Nunes, M.L., Eizirik, C.L. et Olsen, C. (2010). *The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic et cognitive-behavioral prototypes*. *Psychotherapy Research*, 20(5), 564-575.

Shedler, J. (2010). *The efficacy of psychodynamic psychotherapy*. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.

Shimokawa, K., Lambert, M. J. et Smart, D. W. (2010). *Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.

Simpson, S. (2009). *Psychotherapy via videoconferencing: A review*. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 271-286.

Simpson, S., Bell, L., Knox, J. et Mitchell, D. (2005). *Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment?* *Clinical and Psychotherapy*, 12, 156-165.

Simpson, S.G. et Slowey, L. (2011). *Video therapy for atypical eating disorder and obesity: a case study*. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 38-43.

Simpson, S. et Reid, C. (2014). *Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review*. *The Australian Journal of Rural Health*, 22, 280-299.

Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., et Kringlen, E. (1991). *High interrater reliability for the structured clinical interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I)*. Acta psychiatrica Scandinavica, 84(2), 167-173.

Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041*. Risk Analytica on behalf of the Mental Health Commission of Canada.

Smith, M.L. et Glass, G.V. (1977). *Meta-analysis of psychotherapy outcome studies*. American Psychologist, 32(9), 752-760.

Smith, M.L., Glass, G.V. et Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Snyder, C.R., Michael, S.T. et Cheavens, J.S. (1999). *Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies*. Dans, Hubbles, M.A., Duncan, B.L. et Miller, S.M. (Éds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 179-200.

Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. et Connell, J. (2008). *Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample*. Psychological Medicine, 38, 677– 688.

Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J. et Cooper, M. (2006). *Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings*. Psychological Medicine, 36, 555–566.

Stiles, W.B. et Goldstein, J.Z. (2010). *The Alliance over time*. Dans, Muran, J.C. et Barber, J.P. (Éds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York: The Guilford press, 44-62.

Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M, et Shapiro, D. A. (1994). *Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale*. Journal of Counseling Psychology, 41, 175-185.

Stiles, W.B., Shapiro, D.A. et Elliott, R. (1986). *Are all psychotherapies equivalent?* American psychologist, 41, 165-180.

Stiles, W. B. et Snow, I. S. (1984). *Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 31, 3-12.

Stiles, W. B. et Snow, I. S. (1984). *Questionnaire d'évaluation de la séance*. (Laisné, F. et Lecomte, C., trad., s. d.). Traduction libre de la version originale anglaise de *Counseling session impact as viewed by novice counselors and their clients*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 31, 3-12.

Strachan, M. K., Gros, D. F., Ruggiero, K. J., Lejuez, C. W. et Acierno, R. (2012). *An integrated approach to delivering exposure-based treatment for symptoms of PTSD and depression in OIF/OEF Veterans: preliminary findings*. Behavior Therapy, 43, 560-569.

Sucala, M., Schnur, J.B., Constantino, M.J., Miller, S.J., Brackman, E.H. et Montgomery, G.H. (2012). *The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review*. Journal of medical internet research, 14(4), e110.

Swift, J.K., Callahan, J.L. et Vollmer, B.M. (2011). *Preferences*. Dans, Norcross, J.C. (Éd.) *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2ième Éd.). New York: Oxford University Press, 301-315.

Thurin, J.-M. et X. Briffault (2006). *Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie*. L'encéphale, 32(1), 402-412.

Thurin, M., Lapeyronnie, B., Thurin J.-M. et Ablon J.S. (2009). *Questionnaire de configuration psychothérapique, traduction française du Psychotherapy Process Q-set (PQS)*. Pour la Recherche, Bulletin de la fédération française de psychiatrie, 6, 1-12.

Thurin, J.-M. et Thurin, M. (2007). *Évaluer les psychothérapies*. Méthodes et pratiques. Paris : Dunod.

Tryon, G.S. et Winograd, G. (2011). *Goal consensus and collaboration*. Psychotherapy, 48, 50-57.

Tuerk, P. W., Yoder, M., Ruggiero, K. J., Gros, D. F. et Acierno, R. (2010). *A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology*. Journal of Traumatic Stress, 23, 116-123.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Wampold, B. E. (2007). *Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment*. *American Psychologist*, 62, 857–873.

Wampold, B.E. (2011). *The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective*. Dans, Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. et Hubble, M.A (Éds.). *The heart and soul of change; Second Edition*. Washington, DC: APA, 49-81.

Wampold, B. E. et Brown, G. S. (2005). *Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914–923.

Wampold, B.E., Hollon, S.D. et Hill, C.E. (2011). *Unresolved questions and future directions in psychotherapy research*. Dans Norcross, J. C., VandenBos, G. R. et Freedheim, D. K. (2011). *History of psychotherapy: Continuity and change* (2^{ème} Éd.). Washington, DC: APA, 333-356.

Wampold, B.E., Minami, T., Baskin, T.W. et Tierney, S.C. (2002). *Meta-analysis of the effects of cognitive therapy versus others therapies for depression*. *Journal of affective disorders*, 68, 159-165.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. et Ahn, H. (1997). *A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes."* *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.

Wampold, B. E. et Serlin, R. C. (2014). *Meta-analytic methods to test relative efficacy*. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, 48, 755–765.

Watson, J.C. et Bedard, D. (2006). *Client's emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential psychotherapy*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74, 152-159.

Webb, C. A., DeRubeis, R. J. et Barber, J. P. (2010). *Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200–211.

Wilson, J.P. et Thomas, R.B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. New York: Brunner-Routledge.

Yuen, E.K., Herbert, J.D., Forman, E.M., Goetter, E.M., Juarascio, A.S., Rabin, S., Goodwin, C. et Bouchard, S. (2013). *Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing*. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 389–397.

WEBOGRAPHIE

Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de l'éthique et de la qualité. [s. d.]. Récupéré le 7 mars 2016 de <http://ethique.msss.gouv.qc.ca/lethique-clinique/lethique-dans-le-contexte-des-soins.html>

Ordre des psychologues du Québec. [s. d.]. *Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020*. Récupéré de https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2014_01_Forum_national_PASM_2014_2020.pdf

Ordre des psychologues du Québec. [s. d.]. Récupéré le 30 mai 2014 de <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/public/la-psychotherapie/definition-de-la-psychotherapie.sn>

Ordre des psychologues du Québec. (2013). *Guide de pratique concernant la pratique de la télépsychologie, adopté par l'OPQ 22 novembre 2013*. <http://www.ordrepsy.qc.ca/fr>

Wampold, B. (2011). American Psychological Association. Continuing Education Program. Récupéré le 6 août 2014 de <https://www.apa.org/education/ce/effective-therapists.pdf>